ANNO XLVI Roma, 3 Luglio 1939 - XVII Num. 27

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: M. Messini e G. Spadea: Comportamento delle frazioni lipidiche nel sangue di diabetici sotto l'azione di acque cloruro-sodiche.
Tecnica chirurgica: S. Bile: Semplificazione di alcuni tempi di tecnica operatoria riguardante l'isterectomia subtotale e la sutura uterina post-cesarea.
Osservazioni cliniche: F. Recchia: Tetano in lattante a punto di impianto su pustole vacciniche.
Sunti e rassegne: SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA: M. Schachter: Diagnosi dei tremori. — R. Cranston Low: Il significato diagnostico e prognostico delle alterazioni delle unghie. — TERAPIA: G. Milian: Le indicazioni della cura della sifilide ereditaria. — Ho-ta-Khanh: Il trattamento delle difteriti maligne. — L. Tixier: Le azioni fisiologiche e terapeutiche del carciofo. — I. Gipperich e F. Artifoni: L'azione del solfato di magnesio per via parenterale. — M. H. Wold, H. A. Lindberg, M. H. Barker: Le manifestazioni tossiche dei tiocianati. — Gautier: Trattamento delle scottature con i raggi infrarossi.
Discussioni importanti: Discussione sugli sviluppi recenti della cura del morbo di Addison.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli. — Società Medico-Chirurgica del Friuli. — Società Medico-Chirurgica di Catania.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Adenoidismo e tubercolosi. — Su di un caso di epatosplenomegalia tubercolare con anemia arigenerativa. — Un raro caso di laringite ipoglottica subacuta di natura tubercolare. — Ipertensione parossistica in un caso di tubercolosi di una surrenale. — La tubercolosi muscolare. — Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare mediante la collasso-terapia. — Contributo alla vaccinoterapia antitubercolare con anatubercolina Petragnani in un unico tempo. — Risultato terminale di un progetto di scoperta di casi di tubercolosi. — IGIENE: La disinfezione delle fragole. — LABORATORIO: Sierodiagnosi di Wright e malaria. — MEDICINA SCIENTIFICA: Glucosio, vitamina B e C e cardiopatie. — VARIA.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse — Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Cattedra di idrologia Medica della R. Università di Roma
ISTITUTO DI RICERCHE SCIENTIFICHE DI MONTECATINI TERME

Comportamento delle frazioni lipidiche nel sangue di diabetici sotto l'azione di acque cloruro-sodiche.

Prof. M. MESSINI e dott. G. SPADEA

Da molto tempo i malati di diabete florido sono indirizzati alle stazioni di acque cloruro-sodiche dalla cura delle quali sembra, per esperienza ormai non più recentissima, traggano notevole giovamento. Questa che era una constatazione empirica pare trovi conferma sperimentale in recentisimi lavori sui rapporti intercorrenti tra glicemia e cloremia. Così lavori di Sciacca (1), di Mac Lean (2), di Dimitriu e Schwartz (3) sono concordi nel ritenere che l'iniezione per via endovenosa o l'ingestione più o meno protratta di soluzioni di cloruro di sodio provocano un abbassamento della glicemia o una maggiore tolleranza degli idrati di carbonio.

Noi abbiamo voluto esaminare il problema da un punto di vista idrologico, usando soluzioni cloruro-sodiche naturali e studiando oltre alle variazioni del tasso glicemico, il comportamento delle frazioni lipidiche.

In un lavoro a parte condotto da uno di noi (Messini) in collaborazione col dott. Limentani (4) è stato studiato sugli stessi ammalati il comportamento della glicemia; qui cercheremo di vedere se l'azione delle acque cloruro-sodiche sul diabete florido è anche svelabile attraverso le variazioni della lipidemia.

Numerose ricerche (5) ci mostrano che in seguito all'uso di acque cloruro-sodiche modificazioni non piccole possono riscontrarsi nella crasi sanguigna; e ci è sembrato più che logico supporre che se l'azione di dette acque è svelabile attraverso le modificazioni di tanti componenti ematici, deve esserlo ancora di più attraverso lo studio di quei com-

ponenti del sangue che sono legati più strettamente alla funzionalità epatica. Il fegato infatti è organo centrale di tutti il ricambio ma su nessuna sezione del metabolismo agisce così totalitariamente come sul ricambio lipidico, riguardo al quale pare sia capace di compiere dalla prima reazione fino all'ultima.

Esso agisce sugli acidi grassi fissandoli al protoplasma della sue cellule (funzione lipopessica), desaturandoli, e scindendoli dagli esteri colesterinici, sintetizzandoli infine con la glicerina per formare grassi neutri, con glicerofosfato di colina e di colamina per formare lecitina e cefalina (fosfatidi).

Sulla colesterina il fegato ha poi tre importanti funzioni: la scinde dai suoi legami cogli acidi grassi: la elimina invariata per la bile o la immette nel sangue refluo da esso; la trasforma in acido colalico. Se il fegato abbia poi la proprietà di sintetizzare la colesterina è argomento che si discute; allo stato attuale la cosa è ritenuta probabile ma non provata, quantunque in un recente lavoro d'indole clinica Bickel (6) ammette che nel nostro organismo si compie senza altro tale sintesi.

Abbiamo esaminato dodici malati che succintamente presentiamo:

G. Clemente, di anni 42, impiegato, da Roma.
Due anni fa polidipsia, facile astenia, presenza di zucchero nelle urine (58 ‰) e iperglicemia (2,20 ‰); negli ultimi tempi lieve miglioramento.
E. O. — Buone condizioni generali. Pannicolo adiposo ben conservato e sviluppato. Fegato: limite inf. debordante un dito dall'arco; superficie palpabile liscia, piuttosto dura. Diagnosi: diabete mellito.
Cura prescritta 1000 cc. di Torretta.
Glicosuria all'inizio della cura, 2 agosto, 20 ‰; a fine cura 8 ‰.

G. Enos, anni 53, impiegato, da Dengo.
Da 4 anni polidipsia e polifagia, forte astenia; a volte cefalea e vertigini. L'esame delle urine ripetutamente praticato, rivelò sempre presenza di zucchero.
Sin dall'inizio della cura si è sottoposto a dieta appropriata.
E. O.: Individuo in buone condizioni generali, nulla agli esami distrettuali.
Diagnosi: diabete mellito.
Cura prescritta: 750 cc. di Regina e 750 cc. di Tettuccio.
Glicosuria: all'inizio della cura 33 ‰; a fine cura 14 ‰.

G. Cesira, di anni 70, donna di casa, da Bologna.
Da 18 anni polidipsia, polifagia, astenia. Da tre anni crisi vertiginose.
Negli ultimi tempi l'astenia è andata aumentando.
E. O.: Apparato circolatorio: pressione arteriosa Mx. 200; Mn. 110 Fegato debordante dall'arco.
Diagnosi: diabete mellito; ipertensione.
Cura prescritta: 500 cc. di Regina e 500 cc. di Tettuccio.
Glicosuria: all'inizio della cura 23 ‰; a fine cura assente.

M. Clelia, di anni 61, donna di casa, da Pisa
Da 10 anni coliche epatiche. Sei anni fa causalmente fu riscontrato zucchero nelle urine ed iperglicemia. Tali fatti non si accompagnavano ad altri sintomi se si eccettui il lieve dimagramento e a volta lieve astenia.
E. O.: Condizioni generali abbastanza buone. Fegato: limite inferiore debordante due dita dall'arco, superficie piuttosto liscia.
Diagnosi: Colelitiasi, diabete mellito.
Cura prescritta: 750 cc. di Regina e 750 cc. di Tettuccio.
Glicosuria: all'inizio della cura 37 ‰; a fine cura assente.

G. Italia, anni 57, donna di casa, da Pistoia.
Da sei anni prurito vulvare ed eruzioni eczematose diffuse. Riscontrata glicosuria e messa a regime scomparve ogni disturbo soggettivo. Zucchero però sempre presente nelle urine in tenue quantità. Da due anni glicosuria aumentata (10-15 ‰).
E. O.: Buone condizioni generali. Fegato debordante due dita dall'arco, di consistenza non aumentata.
Cura prescritta: 750 cc. di Tettuccio e 750 cc. di Regina.
Glicosuria: all'inizio della cura 11 ‰; a fine cura 2 ‰.

B. Angela, di anni 59, donna di casa, da Bologna.
Da tre anni vertigini, cefalea intensa, palpitazioni. Nicturia. Contemporaneamente polidipsia, polifagia e astenia, dimagramento poco accentuato.
E. O.: Apparato circolatorio: pressione arteriosa Mx. 190; Mn. 100. Apparato digerente: fegato debordante un dito dall'arco a superficie liscia, aumentato di consistenza, un poco dolente.
Diagnosi: diabete mellito, ipertensione.
Cura prescritta: 1000 cc. Torretta.
Glicosuria: all'inizio della cura 10 ‰; a fine cura 4 ‰.

M. Angela, di anni 65, donna di casa da Roma.
A 48 anni cominciò ad avvertire forte astenia e dimagramento notevole, poliuria, polifagia. L'esame delle urine rivelava presenza di zucchero in notevole quantità.
E. O.: Modico deperimento. Agli esami distrettuali nulla di notevole.
Cura prescritta: 1000 cc. di Torretta.
Glicosuria: all'inizio della cura 10 ‰; a fine cura 4 ‰.

B. Giuseppina, di anni 43, donna di casa, da Roma.
Da due anni polifagia e polidipsia, astenia, cefalea. Nelle urine fu sempre riscontrato zucchero.
E. O.: Pannicolo adiposo molto sviluppato. Fegato debordante un dito dall'arco.
Diagnosi: diabete mellito.
Cura prescritta: 1000 cc. Torretta.
Glicosuria: all'inizio della cura 25 ‰; a fine cura 10 ‰.

P. Velia, di anni 45, donna di casa, da Roma. Da 8 anni glicosuria; astenia, prurito cutaneo. Da tre anni fa cura insulinica.

E. O.: Nulla di notevole.

Diagnosi: diabete mellito.

Cura prescritta: 750 cc. di Regina; 750 di Tettuccio.

Glicosuria: all'inizio della cura 10 ‰; alla fine 3 ‰.

C. Eleonora, di anni 54, donna di casa, da Roma.

Da qualche anno polidipsia e polifagia, astenia. Nelle urine fu sempre riscontrato glucosio in forti quantità. Non ha mai fatto cura insulinica.

E. O.: Condizioni generali discrete. Fegato debordante un dito dall'arco, aumentato di consistenza.

Cura prescritta: 750 cc. di Regina; 750 cc. di Tettuccio. Glicosuria: all'inizio della cura 10 ‰; alla fine 3 ‰.

M. Elvira, anni 56, donna di casa, da Roma.

Da 13 anni forte astenia, poliuria, polifagia,

NOME, ETÀ	Date	Lipidi totali mg. %	Grassi neutri e ac. grassi mg. %	Col. tot. mg. %	Col. lib.	Esteri colest. mg. %	Fostat. mg. %
G. Clemente 42	2-8-1937	628	343	132	72	60	153
	9-8-1937	621	377	65	15	84	145
	14-8-1937	692	406	77	60	29	197
G. Enos 53	2-8-1937	1015	622	99	60	67	266
	9-8-1937	818	556	60	26	57	177
	14-8-1937	906	535	109	50	100	221
G. Cesira 70	2-8-1937	960	685	79	21	97	157
	9-8-1937	558	362	35	23	20	153
	14-8-1937	617	375	55	33	20	189
M. Clelia 61	3-8-1937	776	363	128	18	186	209
	9-8-1937	574	242	111	22	150	160
	14-8-1937	752	409	82	55	47	241
G. Italia 57	3-8-1937	1119	931	53	24	50	114
	9-8-1937	569	380	51	24	45	120
	14-8-1937	927	547	120	77	73	230
B. Angela 59	2-8-1937	1014	763	69	46	40	165
	9-8-1937	735	448	58	41	30	216
	14-8-1937	1030	635	83	45	64	286
M. Angela 65	17-8-1938	900	552	81	42	65	241
B. Giuseppina 43	17-8-1937	1146	643	108	60	80	363
	23-8-1937	1071	666	76	29	78	298
P. Velia 45	17-8-1937	582	309	72	49	23	201
	23-8-1938	694	431	49	20	50	193
C. Eleonora 54	18-8-1937	904	415	151	76	127	286
M. Elvira 56	18-8-1937	911	512	75	54	35	310
C. Maria 56	18-8-1937	1164	637	116	94	38	395

glicosuria. Lieve diminuizione del visus.
E. O.: Nulla di notevole.
Diagnosi: diabete mellito.
Cura prescritta: 1000 cc. Torretta.
Glicosuria: all'inizio della cura 22 ‰; a fine cura 4 ‰.

C. Maria, di anni 56, donna di casa, da Roma.
Da 3 anni polidipsia, polifagia, forte astenia, poliuria e glicosuria.
E. O.: Condizioni generali buone: pressione arteriosa Mx. 180; Mn. 90. Fegato debordante un dito dall'arco, leggermente dolente.
Diagnosi: diabete mellito.
Cura prescritta: 1000 cc. Torretta.
Glicosuria: all'inizio 25 ‰; a fine cura 10 ‰.

Per la determinazione delle frazioni lipidiche: grassi neutri e ac. grassi; colesterina libera ed esterificata, fosfatidi, abbiamo usato

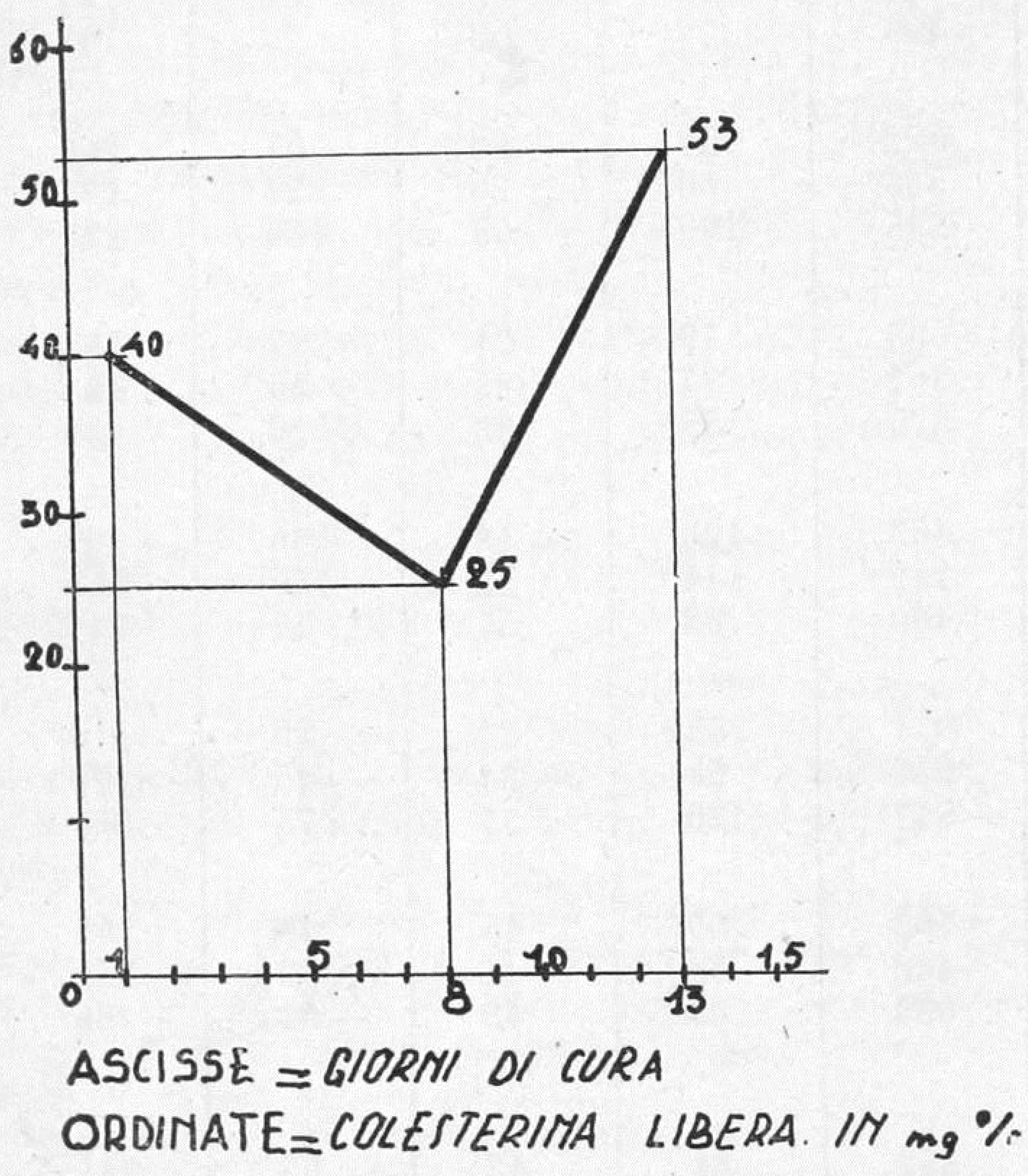


FIG. 1.

il metodo Monasterio (7) che, fra i pochi dei non molto precisi metodi in uso per questo genere di ricerche, è il più preciso e il più completo.

Nella metà dei malati suddetti abbiamo dosato le frazioni lipidiche al 1°, all'8° e al 12° giorno della cura con le acque cloruro sodiche, nell'altra metà abbiamo fatto una o due determinazioni.

Il sangue lo prelevavamo al mattino, sul malato a digiuno da almeno 12 ore, dalle vene della piega del gomito:

Riportiamo i risultati delle varie determinazioni (vedi tabella).

Sulla scorta dei detti risultati, perchè le variazioni potessero essere meglio visibili, per ogni malato in cui sono state fatte tre determinazioni, abbiamo tracciato delle curve per ogni singola frazione lipidica e per i lipidi totali. L'andamento di tali curve come si può dedurre dalla tabella dei risultati è approssimativamente uguale per tutti i malati e per tutte le frazioni; perciò crediamo più opportuno riportare le curve costruite con le medie dei valori (vedi figure 1-6).

Dalle determinazioni fatte risulta che in questi diabetici floridi la lipemia pur essendo alta non lo è troppo, ma quel che più ci sembra interessante è il valore della colesterinemia.

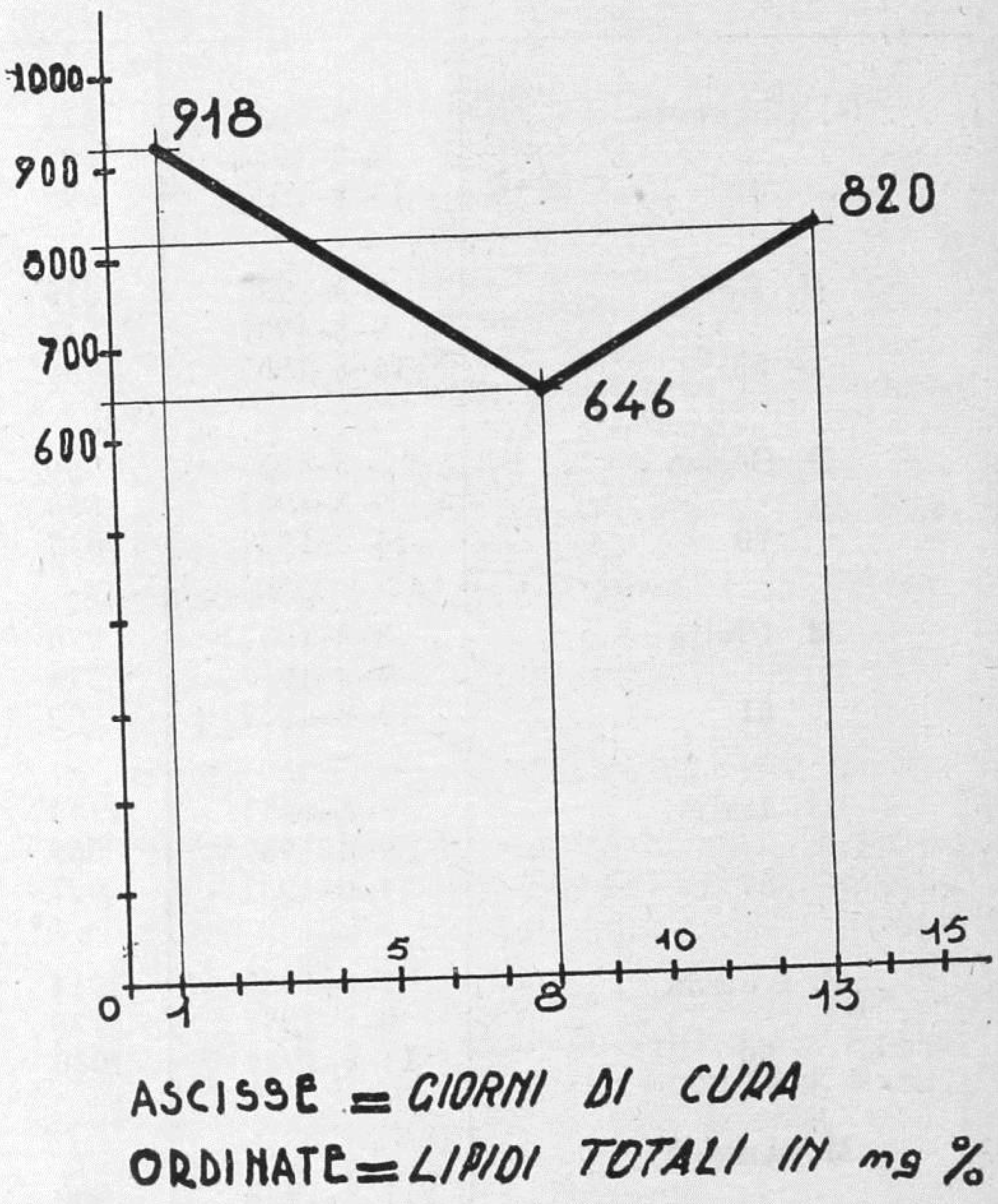


FIG. 2.

Infatti quasi tutti gli autori parlano di una ipercolesterinemia diabetica e Frugoni (8) dice che nel diabete grave è caratteristica l'iperlipemia con alto tasso di colesterina.

In un recente lavoro Monasterio (9) nega l'esistenza di altre colesterinemie nel diabete lieve.

W. Falta (10) in una recente comunicazione all'Accademia Medica Romana precisava che l'ipercolesterinemia si ha nel diabete grave consuntivo.

I malati da noi esaminati presentano tutti un leggero grado di adiposità e in molti di essi, come risulta dalle brevi note cliniche suesposte il fegato era evidentemente ingrossato.

Non siamo lontani dal pensare che i valori

della colesterinemia e della fosfatidemia, alquanto diminuiti, siano dovuti ad una lieve deficienza epatica. Maggiormente diminuiti

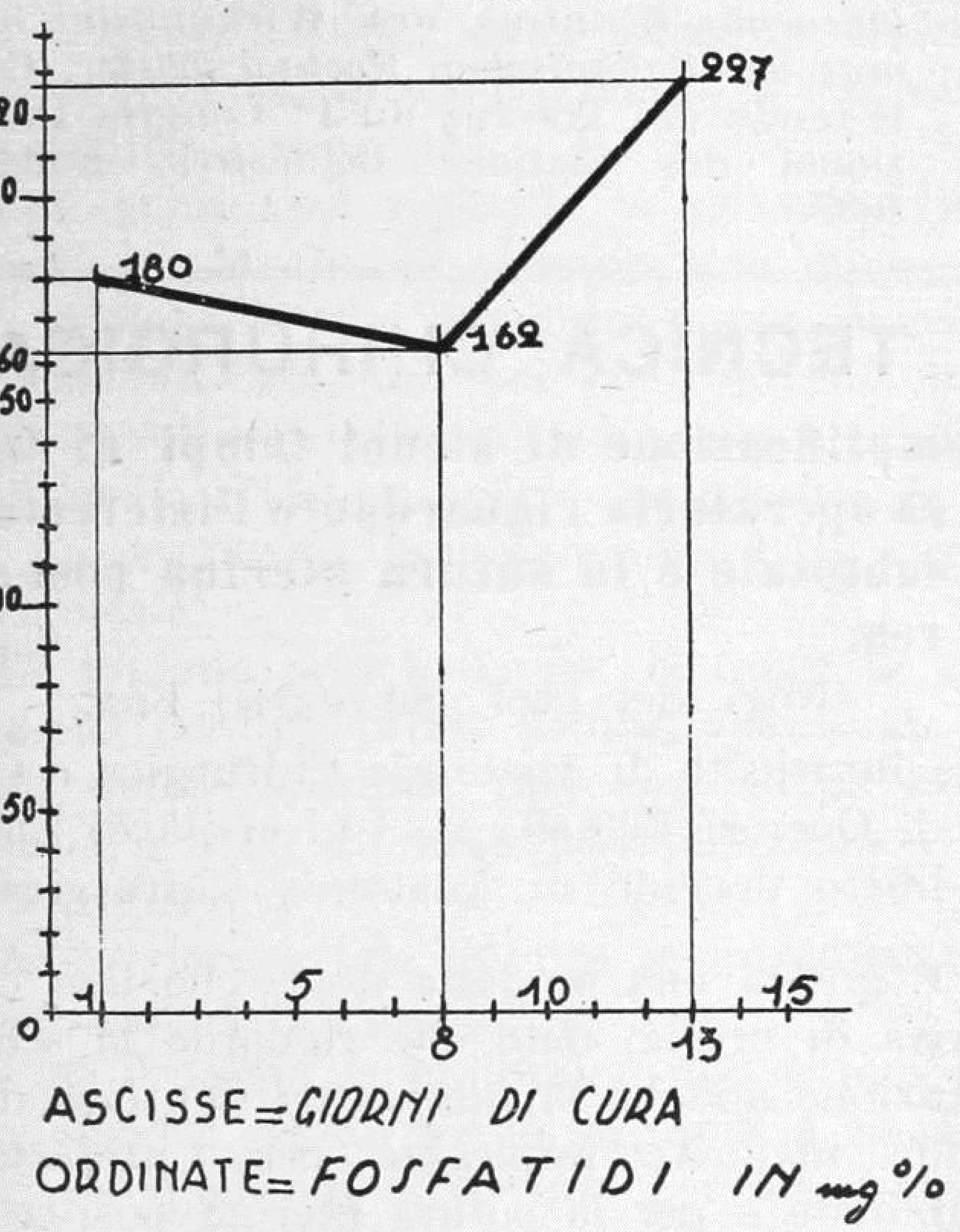


FIG. 3.

sono proprio gli esteri colesterinici, quella frazione cioè che Thannauser e Schaber dimostrarono molto diminuita nelle gravi lesioni

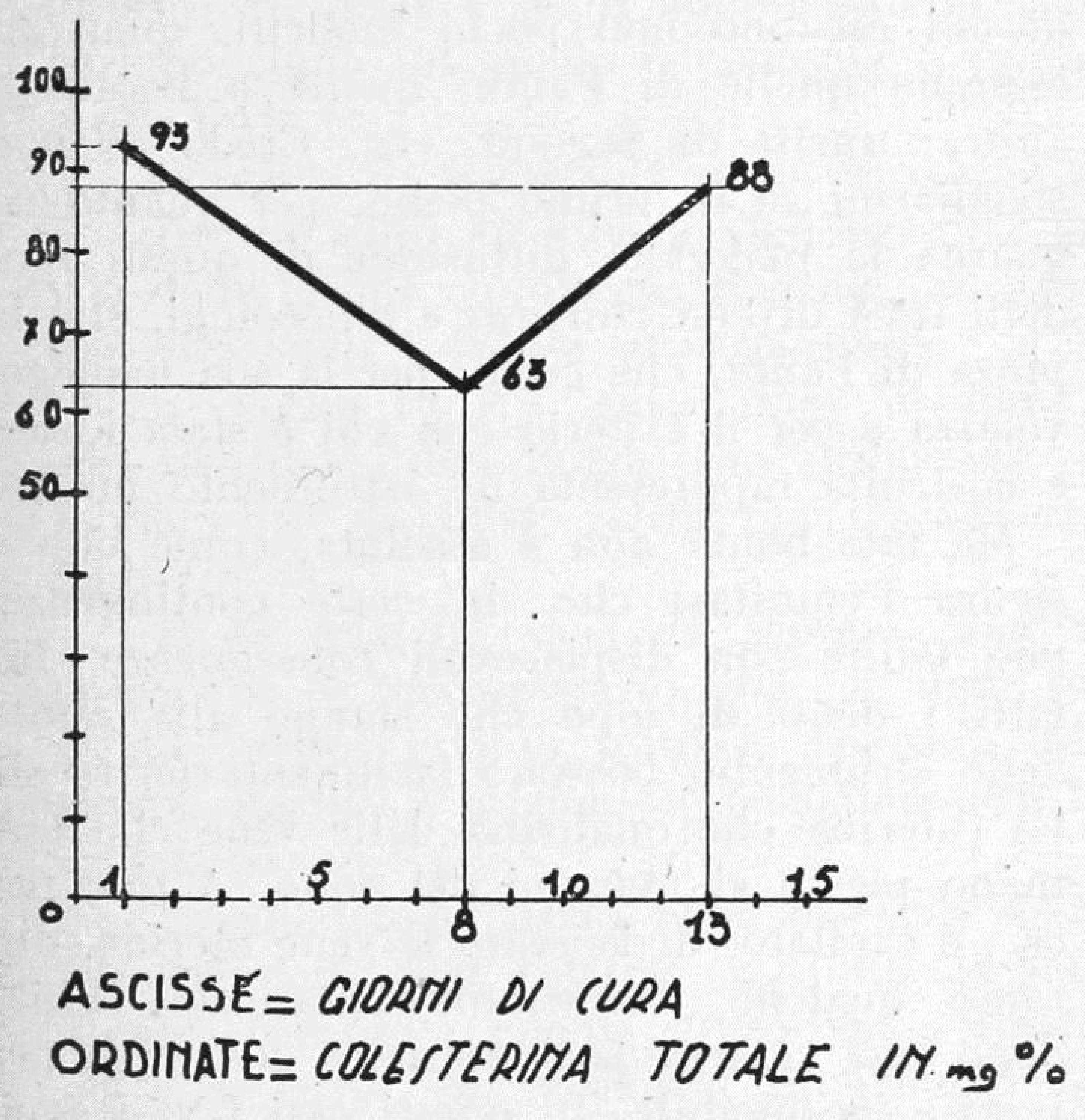


FIG. 4.

epatiche fino a completa scomparsa nell'atrofia giallo-acuta.

La determinazione fatta all'ottavo giorno ha dimostrato una netta caduta della lipidemia, tanto che i lipidi passano dai valori nettamente iperlipidici a valori del tutto normali.

A questa brusca e repentina caduta, vera « crisi lipidica » partecipano tutte le varie frazioni, ma in modo preponderante i grassi neutri e gli acidi grassi.

A fine cura si nota un ritorno della lipemia verso i valori iperlipemici iniziali che però non vengono raggiunti; d'altra parte, e ciò è più importante, mentre gli acidi grassi rappresentano all'inizio della cura il 67 % dei lipidi to-

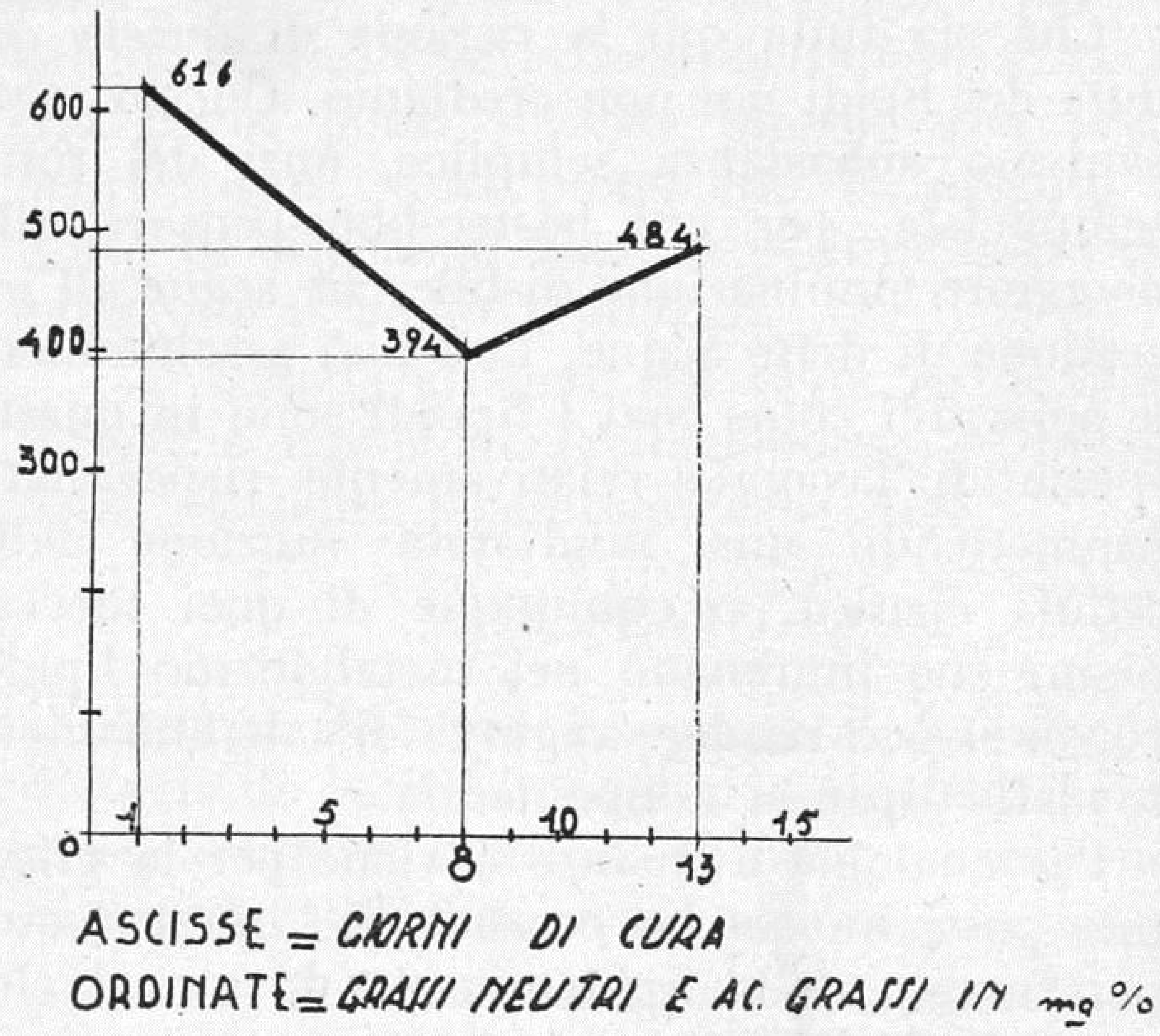


FIG. 5.

tali, a fine cura rappresentano il 59 % e i lipoidi (colesterina e fosfatidi) passano dal 29 % al 38 %.

Da tutto ciò risulta chiaro un sensibile aumento dell'indice lipoditico (citiamo questo coefficiente, non perchè abbia alcuna impor-

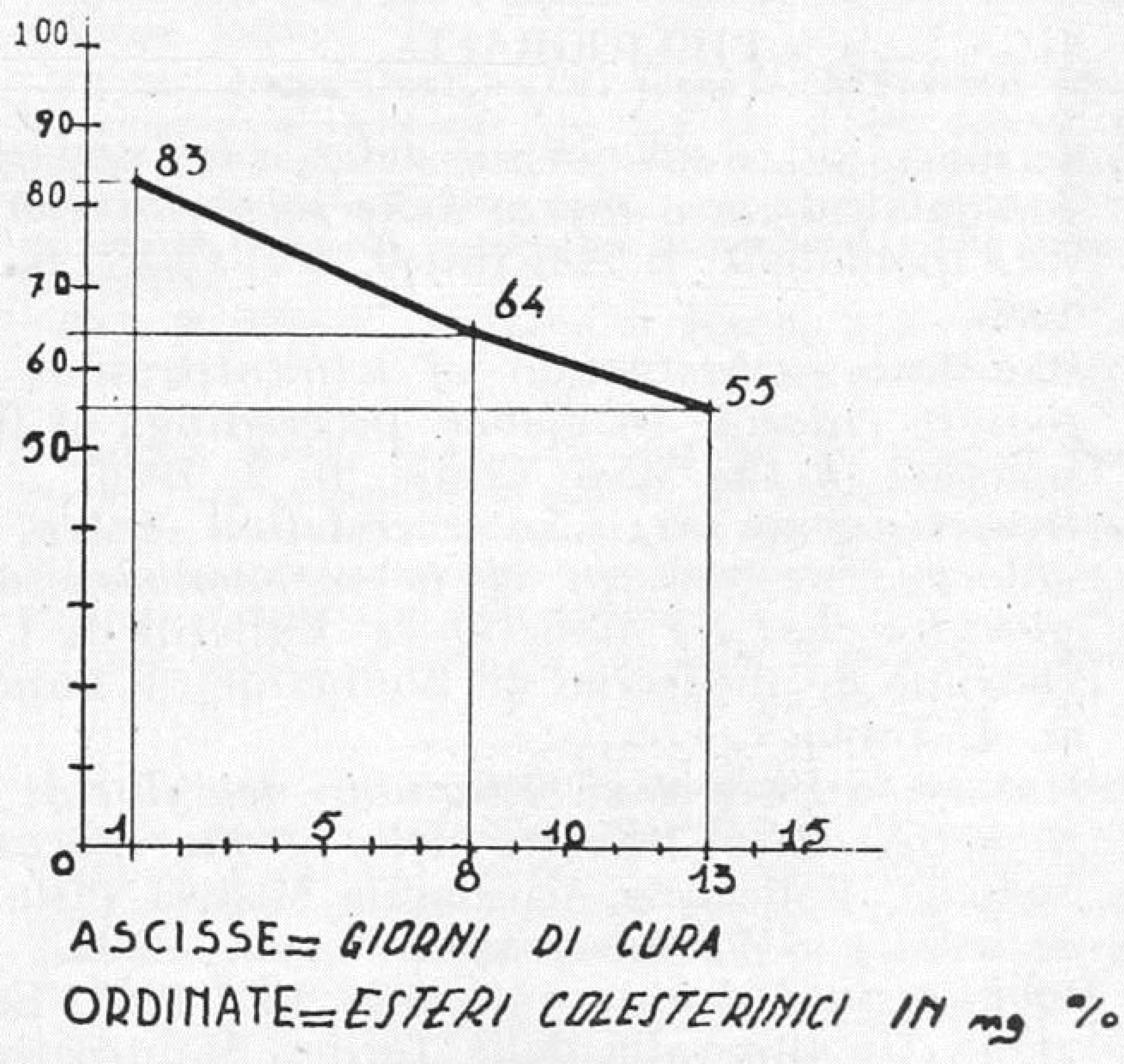


FIG. 6.

tanza pratica, stante l'enorme variabilità a cui specie i grassi neutri e gli ac. grassi sono soggetti; ma perchè serva a dare un'idea di come sono variate queste due frazioni lipidiche).

Quel che ci sembra molto importante è che a fine cura i lipoidi, frazione lipidica a più alta dignità funzionale, tendono a riportarsi alla norma, specie i fosfatidi, dopo di aver

subìto una sì brusca caduta a metà cura. Detta caduta può forse attribuirsi ad una maggiore eliminazione da parte della bile, e ci sembra abbastanza interessante una curva di eliminazione della colesterina sotto l'azione delle acque cloruro-sodiche (Messini), messa a raffronto con la curva delle colesterinemie da noi costruite (11).

Che sia tutta qui la ragione di questa caduta dei lipidi noi non crediamo. Questo meccanismo abbastanza semplice, anzi del tutto semplicista, per cui basterebbe pensare alla maggiore eliminazione di bile che segue all'ingestione di dette acque, non può assolutamente spiegarci come mai i lipoidi sono in questa specie di lavaggio relativamente risparmiati. Ammettendo una migliorata funzione della cellula epatica, o comunque di quei meccanismi che ingranano nel metabolismo lipidico, ci si può rendere ragione di tale andamento della lipemia e lipoidemia.

Per analogia a quanto avviene per la glicemia possiamo anche pensare che questo comportamento della lipidemia sia dovuto al cloruro di sodio attraverso vie e meccanismi ancora non noti. A pensare ciò siamo autorizzati dal fatto che l'insulina abbassa la lipemia alimentare (specialmente la colesterina), e, in alta dose, anche quella basale, riduce le deposizioni sperimentali di colesterina e provoca la mobilitazione dei lipidi dai vari depositi naturali.

BIBLIOGRAFIA.

1) SCIACCA. *Sul meccanismo della colecistografia rapida studiata a mezzo delle soluzioni clorurate ipotoniche.* Il Policlinico, Sez. Chir., n. 3, 1935.
2) MAC LEAN. *Observation of administration of sodium chloride in diabet.* Proceedings of the meeting of the Mayo Clinic, n. 2, 1935.
3) DIMITRIU-SCHWARTZ. *La correlation entre le chlorure de sodium et le métabolisme des glucides chez les diabétiques.* Bulletin de l'Académie de médecine de Roumanie, 3e année, n. 4, Tome V.
4) MESSINI e LIMENTANI. *Ricambio dei glucidi in diabetici sotto l'azione delle acque cloruro-sodiche.* Bollettino Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini », anno V, dic. 1937.
5 *Pubblicazioni del quinquennio* 1931-1935. Edizione Tipolitografia delle Terme, Montecatini, 1937.
6) BICKEL. *Les lipoïdoses.* Schweizrich medizinische Wochenscrift, n. 9, 1937.
7) MONASTERIO. *Metodo per la determinazione delle frazioni lipidiche nel siero, plasma, sangue.* Fisiologia e Medicina, anno V, fasc. 7°, luglio 1934.
8) FRUGONI. *Contributo allo studio delle lipemie e lipoidemie diabetiche.* Il Policlinico, volume XVI, Sez. Med., 1909.
9) MONASTERIO. *Ricambio dei lipidi e dei carotinoidi nel diabete insulare.* Arch. Pat. e Clin. Medica, vol. XVIII, fasc. VI.
10) FALTA. *Nuovi problemi del diabete.* Comunicazione alla R. Accademia Medica Romana, seduta del 25 marzo 1939.
11) MESSINI. *Experimentelle und klinische Grundlagen zur Kenntnis des Wirkungsmechanismus der italianischen Kochsalzwässer.* Compte-rendu des Travaux du Ier Congrès International des Stations Balnéaires, Budapest, 1937.

TECNICA CHIRURGICA

Semplificazione di alcuni tempi di tecnica operatoria riguardante l'isterectomia subtotale e la sutura uterina post-cesarea.

NOTA del prof. SILVESTRO BILE,
gia incaricato di Anatomia Chirurgica e Corso di Operazioni nella R. Università di Napoli.
libero docente di Anatomia Chirurgica.

È questa una modesta nota, che non credo priva di utilità, dato che riguarda la semplificazione nonchè la migliorata sicurezza di alcune manovre impiegate per l'isterectomia subtotale e per la sutura uterina post-cesarea classica, operazione questa da molti abbandonata ma ingiustamente.

In riferimento alla prima operazione, è consuetudine diffusa, di adoperare per l'allacciatura delle uterine, delle pinze a forcipressione di cui esistono non pochi modelli, quali ad esempio quelle di Faure; quelle a becco di anitra; quelle di Segoud, ecc. Credo di non sbagliarmi se in primo piano, per quanto riguarda la maggiore diffusione di questi modelli tra i diversi chirurgi e ginecologi, stia la pinza di Faure, che certo, per la sua maneggevolezza e per il criterio con cui è stata ideata e costruita rappresenta un istrumento buono.

Ma tale bontà non è assoluta, come non è sicura l'emostasi che,. in certe contingenze, può fallire con dispiacevoli conseguenze. Infatti i denti di topo che stanno alla punta dello strumento, possono facilmente ferire sia l'a. uterina che qualcuna delle vene che formano plesso ai margini del collo. A me, per es.: è capitato, di lacerare le vene uterine, durante qualche isterectomia praticata subito dopo una cesarea per infezione uterina o per inerzia irriducibile. In questi casi i vasi sono di molto sviluppati e la cortezza del morso di presa della pinza può con estrema facilità incorrere nel deprecato inconveniente. Non basta: spesso l'arteria uterina può avvicinarsi di più o allontanarsi dal margine relativo della cervice uterina; e ciò può determinare la mancata presa del vaso nel morso dello strumento o la puntura di esso. Onde ovviare definitivamente e con facilità a tali inconvenienti, io uso servirmi di un ago a pedale di Reverdin

che trafiggendo il margine dell'utero, carica di sicuro tutto il fascio che è lateralmente ad esso. Tale manovra viene ripetuta a circa 15 mm. al di sopra del 1° nodo e così senza fare uso di pinze alcuna, viene interrotta l'arteria e le vene, con emostasi perfetta, e con estrema facilità e velocità.

Per quanto poi riguarda la seconda operazione, cioè la *cesarea classica*, essa rappresenta, secondo il mio modesto punto di vista, l'operazione migliore nei confronti dell'altra portata sul segmento inferiore, perchè più facile, svelta e sicura, specie per quanto riguarda un eventuale inquinamento della sierosa peritoneale.

La ragione principale per la quale la classica, ha perduto presso alcuni, valore, sta nel fatto della probabile deiscenza della sutura uterina e nella difettosa peritoneizzazione della medesima.

Ad ovviare a tale duplice inconveniente, io uso comportarmi così:

a) il taglio laparatomico non è mai lungo; esso va da un piano passante a circa tre dita da quello pubico, fino a circa due dita trasverse al di sopra di quello passante per l'ombelico;

b) con dolci manovre di espressione addominali, assieme a quelle del mio aiuto, riesco sempre ad eviscerare il fondo dell'organo; intorno al quale i piani addominali si comportano come un anello occludente e proteggente i visceri;

c) prima di tagliare, l'utero, vengono fatte scivolare tutto all'intorno dell'utero, in cavità delle larghe compresse di garza, ad ognuna delle quali è fissata un Klemmer;

d) taglio l'utero, sulla linea mediana e con incisione, mai lunga, ma sufficiente per le manovre da farsi, senza mai giungere al fondo;

e) se qualche vaso dà sangue, non mi preoccupo di forcipressarlo, ma con delle pinze ad anello, prendo tutto lo spessore della parete uterina e ottengo immediatamente l'emostasi;

f) espletato il parto, con semplici manovre manuali, e il relativo accurato secondamento, cambio i guanti e procedo a restringere la ferita laparatomica, applicando sull'estremità prossimale di essa una Muxeux a tutto spessore; così i visceri saranno ancora protetti e si eviterà l'eviscerazione in caso di vomito. Lavo all'etere l'organo e incomincio la sutura continua *introflettente di Schimiiden*, con catgut cromico n. 4, in modo che l'ago passa sempre dalla mucosa alla sierosa ora da un lato, ora dall'altro, senza però *comprendervi mai la mucosa*, per l'ovvia ragione dell'inquinamento dei punti;

g) espletata la prima sutura, applico da 4 o 5 punti a U. intorno ad essa, come sutura di sicurezza. Non mi resta che peritoneizzare meglio, la sintesi ottenuta, e siccome il peritoneo del corpo dell'utero non è preparabile, scolpisco un lembo peritoneale, di forma rettangolare, largo circa due dita, il cui taglio trasversale viene fatto in corrispondenza della plica vescica uterina. Detto lembo viene ribattuto in alto sul corpo dell'utero e cucito con pochi punti staccati intorno alle precedenti suture. Così prendendo in prestito un tratto di sierosa si viene a peritoneizzare perfetamente il taglio praticato;

h) toilette all'etere del cavo, in posizione inversa a quella di Trendelenburg e chiusura della incisione laparatomica a piani.

RIASSUNTO.

L'autore descrive brevemente dei semplici dettagli di tecnica operatoria riguardante l'emostasi dell'uterina e la peritoneizzazione e la sutura dell'utero, dopo cesarea classica.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. G. CARONIA.

Tetano in lattante a punto di impianto su pustole vacciniche.

Dott. FRANCESCO RECCHIA, assistente.

Riteniamo utile illustrare il seguente caso di infezione tetanica da noi osservato in un lattante di 7 mesi, non per una particolare importanza del decorso clinico, ma per la speciale modalità d'insorgenza da esso presentata, dovuta a pratiche antigieniche e dannose, purtroppo ancora diffuse nel popolo, specie in certe regioni, e che costituiscono un continuo pericolo per la salute e talvolta per la vita.

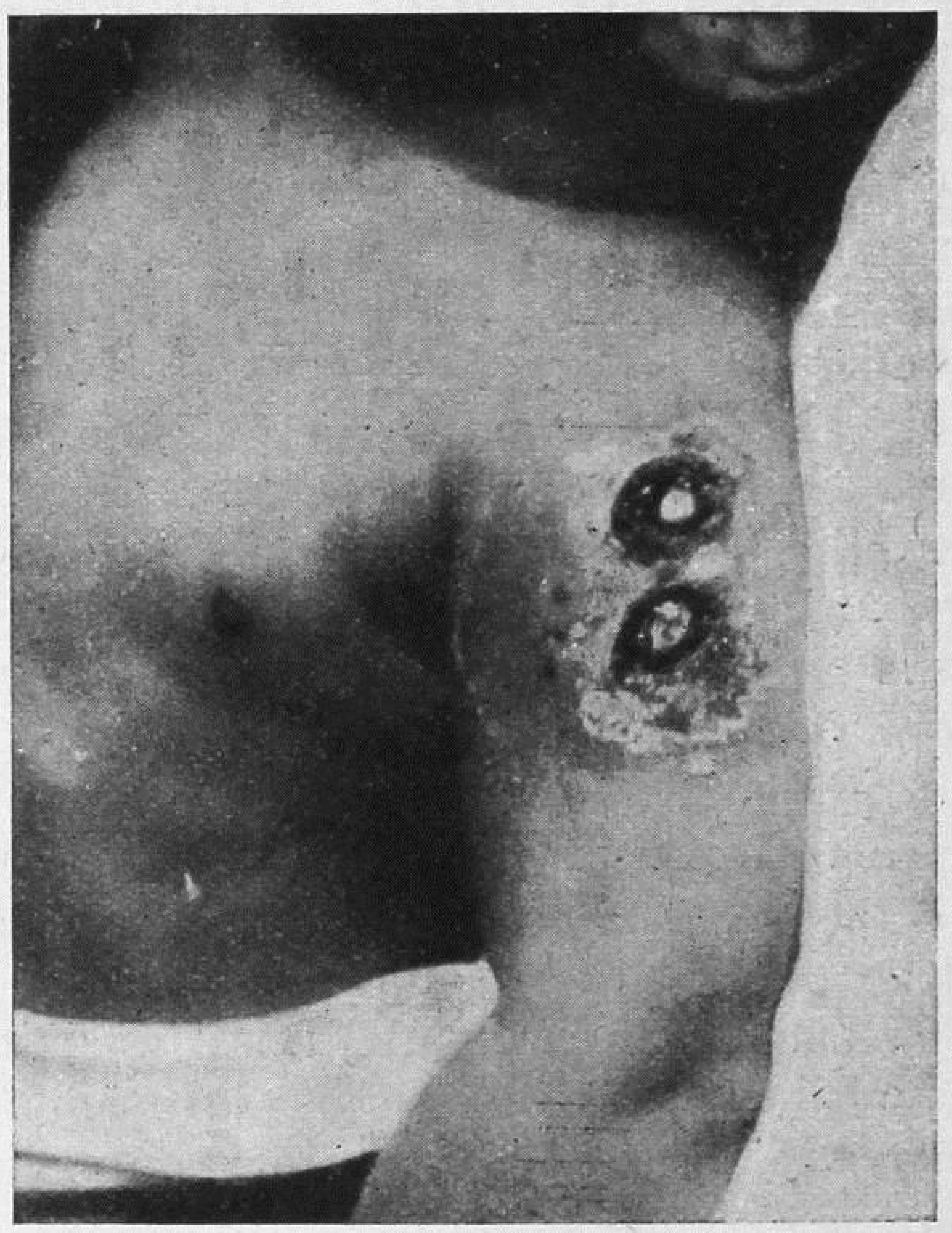
Anamnesi. — B. Angelo, di mesi 7, nato a Barletta, dimorante a Roma. Genitori giovani e sani. La madre ha avuto questa sola gravidanza e il bambino è nato a termine, da parto eutocico. Allattamento materno esclusivo, condotto in modo irregolare. È stato sempre bene se si eccettuino episodi transitori di diarrea, e vomito di quando in quando. Il giorno 15 ottobre in Barletta il bambino venne sottoposto alla vaccinazione jenneriana mediante due scarificazioni praticate nel braccio sinistro. La vaccinazione pare sia stata eseguita con le dovute norme di asepsi, ma il giorno successivo, seguendo un'abitudine locale che pare alquanto diffusa fra il popolo, sulla zona di inoculazione del vaccino, a diretto contatto con la superficie scarificata, venne applicata una foglia di lattuga fresca, che veniva poi cambiata ogni giorno e mantenuta aderente al braccio mediante fasciatura.

In terza giornata dalla vaccinazione insorse febbre alta ed in quarta giornata si iniziò la formazione delle pustole vacciniche che rapidamente si ruppero dando esito a secrezione purulenta che ogni mattina era trovata in abbondanza fra le pustole e la foglia di verdura sovrapposta. La temperatura febbrile si mantenne, piuttosto elevata per 4 giorni, poi scomparve e contemporaneamente si ridusse notevolmente la tumefazione e l'arrossamento del braccio sinistro in corrispondenza delle pustole vacciniche, che però continuarono a secernere pus in abbondanza.

Il 24 ottobre il bambino, sfebbrato e in apparenza in buona salute, venne riportato a Roma; quivi, continuando le pustole vacciniche a secernere, il bambino venne sottoposto al giudizio di un farmacista, che fece abbandonare l'uso della foglia di verdura ed applicò sulle pustole della pomata Wilson. Nei giorni successivi il bambino si mostrava irrequieto, sudava con facilità, e presentava di quando in quando delle crisi di pianto, durante le quali teneva il braccio sinistro stirato ed irrigidito.

La notte tra il 28 e 29 ottobre il piccolo apparve molto agitato, aveva delle crisi di pianto, sudava profusamente, rifiutava il latte stringendo le mascelle; nel sonno si svegliava all'improvviso piangendo e si irrigidiva. Durante tutto il giorno successivo continuò a presentare grande irrequietezza, crisi di pianto coincidenti con irrigidimento di tutto il corpo. Teneva le mascelle strettamente serrate per cui non era possibile alimentarlo; il corpo appariva rigido; non poteva stare seduto nè muovere bene la testa; il braccio sinistro appariva contratto e presentava frequenti scosse dolorose. La temperatura, misurata per la prima volta, raggiungeva i 39°. Un sanitario che visitò il bambino in tali condizioni, attribuì i fenomeni nervosi e la febbre alle condizioni delle pustole e si limitò a prescrivere delle applicazioni locali di vasellina borica.

Nella notte tra il 29 ed il 30 il bambino presentò convulsioni generalizzate con irrigidimento della muscolatura, chiusura ermetica delle mascelle, stralunamento degli occhi, respiro frequente e rumoroso. Un altro medico, chiamato d'urgenza, consigliò bagni caldi e clisteri di cloralio idrato e bromuro di sodio. Durante la notte le crisi si ripeterono sempre più frequenti ed al mattino lo stesso sanitario richiamato indirizzò il piccolo infermo alla nostra Clinica dove venne accolto alle ore undici del giorno 30.



Esame obiettivo. — All'ingresso in Clinica il bambino è in periodo di crisi spastica: le mucose visibili appaiono cianotiche, il respiro superficiale, intensamente dispnoico, tutti i gruppi muscolari contratti, la mandibola serrata contro la mascella, le labbra semiaperte, gli arti superiori flessi e rigidi, gli arti inferiori estesi. Rapidamente il respiro si fa sempre più difficile, il polso diventa piccolo, filiforme e si stabilisce uno stato asfittico caratterizzato da cianosi pallida; in questo stato, senza respiro e senza polso apprezzabile, l'infermo rimane qualche istante durante il quale ha perdita di feci e di urine; quindi assistiamo alla completa risoluzione muscolare; poi lentamente ricompare il respiro, il polso diventa percettibile, la muscolatura riprende tonicità e rapidamente si fa ipertonica.

L'esame obiettivo, praticato in un periodo intervallare tra una crisi e l'altra, conferma l'impressione di gravità della prima osservazione: in-

tensa cianosi delle labbra, respiro dispnoico, polso piccolo, assai frequente.

Costituzione e sviluppo regolare, stato di nutrizione buono, sulla cute non si notano esantemi nè edemi; sul braccio sinistro, al terzo superiore, sulla faccia laterale esterna, si nota una zona di arrossamento, leggermente sollevata, a forma ovalare (diametri massimi 6 × 9) a margini sfumati, con aumento di calore alla superficie. Nel centro della zona di arrossamento due vaste soluzioni di continuo rotondeggianti di circa tre cm. di diametro, che si approfondano nei tessuti sottostanti per tre o quattro mm. digradando verso il centro che è occupato da escare nere, dure, in parte distaccate. I margini delle soluzioni di continuo di colorito bianco giallastro hanno aspetto lardaceo e secernono scarso pus. Anche al di sotto delle escare v'è una certa quantità di pus. Le linfoghiandole sottoascellari sono modicamente tumefatte. Cranio di tipo dolicocefalo, forma e volume normale. Facies tetanica caratterizzata da pieghe sulla cute della fronte, rime labiali stirate in fuori, labbra semiaperte che lasciano vedere le gengive serrate, masseteri contratti che fanno modico rilievo sulla cute del volto, lingua umida leggermente patinosa. Non è possibile esaminare il faringe data la persistente contrattura dei masseteri.

Torace ben conformato, simmetrico nelle due metà; negli atti respiratori resta immobile, data la contrattura degli intercostali e degli altri gruppi muscolari, che con la palpazione si sentono duri e rigidi. Nulla di notevole si apprezza alla percussione ed all'ascoltazione.

Cuore nei limiti fisiologici. All'ascoltazione toni frequentissimi, concitati, impuri, non si percepiscono rumori di soffio.

Addome pianeggiante: resta immobile durante gli atti del respiro. Alla palpazione la muscolatura addominale si rileva dura e rigida e non si riesce ad approfondire la mano per esplorare gli organi ipocondriaci; con la percussione milza e fegato appaiono di volume normale. Per quanto riguarda il sistema nervoso si nota: atteggiamento in opistotono completo, testa rovesciata fortemente all'indietro, tronco ad arco di cerchio con concavità in dietro, arti inferiori rigidi in estensione con piede equino, tutto il corpo poggia sul lettino con il vertice e i talloni. Anche le braccia sono in estensione con mano contratta e pugno chiuso. Impossibile i movimenti attivi e passivi. Riflessi cutanei assenti, riflessi tendinei difficilmente provocabili per lo stato di contrattura dei muscoli.

Decorso. — Superata la crisi spastica che l'infermo presentava all'ingresso in Clinica, si tenta di praticare la puntura lombare, ma non si riesce perchè si instaura una nuova crisi spastica generalizzata, con più spiccato opistotono. Durante la crisi il polso si fa sempre più piccolo sino a rendersi impercettibile, il respiro sempre più dispnoico e superficiale e in breve si ha perdita di coscienza, emissione di feci ed urine, stato asfittico, completo rilasciamento muscolare. Viene immediatamente iniziata la respirazione artificiale, e si pratica l'iniezione intracardiaca di adrenalina; ma solo dopo circa 20' di respirazione artificiale con corrente di ossigeno, il bambino comincia a respirare e poi lentamente riprende la conoscenza. Quando la respirazione acquista un ritmo costante ed il polso si fa nettamente percepibile, si interrompe la respirazione artificiale, si adagia l'infermo in un lettino in ambiente buio e silenzioso, dopo avere inoculato circa 100.000 U. I. di siero antitetanico per via intraperitoneale ed aver introdotto per via rettale cc. 20 di etere in mucillagine. Però appena mezz'ora dopo sopravviene una nuova crisi più grave delle precedenti che non si riesce a superare malgrado tutti i tentativi compiuti e segna la fine del paziente.

Autopsia. — Eseguita il 4-11 nell'Istituto di Medicina Legale (settore prof. A. Bellussi) dà il seguente reperto:

Esame esterno: Nella regione deltoidea esterna di S. due ulcerazioni cutanee scodelliformi del diametro di cm. 2,5 circa con bordi netti a fondo granuleggiante, in parte coperto da detriti necrotici. Sono situate sulla stessa linea verticale e separate da un ponte di cute sono dell'altezza di cm. 1. Cute circostante alquanto infiltrata.

Cranio: Iperemia della sostanza encefalica. Notevole replezione dei vasi delle meningi molli. Nulla alla base del cervello e alla base cranica. Sangue fluido nerastro nella metà posteriore del seno longitudinale.

Organi del collo: Nulla di notevole. Timo di volume normale rispetto all'età, iperemico.

Cavità toracica: Polmoni liberi di aderenze. Congestione del parenchima polmonare specie dei lobi inferiori. Enfisema acuto dei bordi polmonari. Parenchima soffice aereato. Superficie di sezione liscia.

Cuore: Sangue fluido nerastro al taglio dei grossi vasi della base del cuore. Ostii arteriosi e venosi normali. Valvole integre. Miocardio rosso scuro.

Cavità addominale: Stomaco e intestino distesi dai gas della putrefazione. Fegato iperemico ricco di sangue, parenchima con disegno distinguibile, molto visibile la parte centrale dell'acino, vasi ripieni di sangue. Milza: modicamente ingrandita, ben visibili i follicoli.

Reni: rosso oscuri, capsula svolgibile, disegno ben distinguibile, limiti fra le due sostanze ben distinti. Colorito rosso scuro delle superfici di taglio.

Conclusioni: Note prevalenti di congestione viscerale.

CONSIDERAZIONI.

Sul caso surriferito non c'è bisogno d'intavolare una discussione diagnostica per ammettere l'esistenza di una infezione tetanica generalizzata con punto d'impianto sulle lesioni vacciniche. Tutta la sintomatologia presentata dal piccolo infermo è stata una delle più tipiche: la contrattura iniziale a carico del braccio vaccinato, il trisma, la rigidità dei muscoli della nuca, la rigidità in seguito diffusa a tutti i gruppi muscolari, le crisi spastiche, dapprima distanziate, poi sempre più frequenti, ed infine il decesso durante una crisi spastica, non lasciano dubbio alcuno. Non manca la porta d'entrata costituita dalle due lesioni vacciniche, nè l'apporto del materiale infettivo pervenuto sulle ferite a mezzo delle foglie di verdura. Coincide inoltre il periodo d'incubazione che, calcolato dal momento della rottura delle pustole alla comparsa dei primi fenomeni tetanici, è di 8 giorni.

Da segnalare dal punto di vista clinico la precoce comparsa di manifestazioni spastiche a carico dell'arto superiore sinistro; espressione di tetano localizzato che precedette il tetano generalizzato. Il caso però può dar lo spunto ad alcune considerazioni di carattere generale sulla tecnica della vaccinazione jenneriana, quale è oggi comunemente praticata. La vaccinazione praticata entro il primo anno di vita, e spesso nei primi sei mesi costituisce un pericolo per il lattante, perchè apre un'ampia porta ai piogeni, sia a quelli contenuti nel vaccino stesso sia a quelli provenienti dall'ambiente esterno, verso i quali il lattante è tanto più indifeso quanto è più piccolo. Appare quindi opportuno spostare l'epoca della vaccinazione al II o III anno di vita, epoca in cui la difesa antipiogena dell'organismo è più pronta ed efficiente. D'altro canto appare opportuno ridurre il numero e l'ampiezza delle scarificazioni (una sola scarificazione piccola e superficiale praticata con lo scarificatore di v. Pirquet), che, a parte le cicatrici deturpanti, ridurrà di molto lo stabilirsi di infezioni secondarie. Altro malvezzo della tecnica della vaccinazione è quello di ricoprire la superficie d'innesto direttamente con del cerotto senza uno strato di garza che viene lasciato in posto durante tutto il decorso della lesione locale; spesso al di sotto di tale copertura, che non permette di seguire l'evoluzione delle lesioni locali, avvengono delle suppurazioni secondarie legate al vaccino stesso, con ristagno del materiale purulento ed evoluzione delle ulcerazioni suppurative in profondità. È da sperare che le moderne ricerche sulla cultura del *virus* vaccino, già a buon punto per entrare quanto prima nella pratica applicazione, con l'inoculazione intradermica o sottocutanea di un materiale perfettamente indenne da inquinamenti, porteranno alla scomparsa di tutti questi inconvenienti di una tecnica che dal tempo di Jenner non ha subito modificazioni.

Ad un'altra riflessione induce il caso descritto: è necessario sradicare alcune tristi abitudini ancora vive purtroppo nel popolo, mediante una più accurata e vasta divulgazione di quelle norme igieniche elementari, che debbono diventare patrimonio di ognuno, qualunque sia il suo grado sociale ed il suo livello culturale. Nel nostro caso inoltre la diagnosi di infezione è stata fatta troppo tardivamente; un riconoscimento più precoce della malattia avrebbe potuto con grande probabilità salvare il bambino. Il caso ci ammaestra quindi che il medico deve sospettare l'infezione tetanica anche in presenza dei sintomi iniziali, senza attendere lo sviluppo di tutto il quadro morboso; e deve intervenire subito con la sieroterapia specifica, anche se il caso è dubbio, ricordando che nella precocità dell'intervento sieroterapico risiede il segreto dell'efficacia e del successo della cura.

Roma, ottobre 1938.

RIASSUNTO.

L'A. illustrando un caso di infezione tetanica in un lattante a punto di impianto su pustole vacciniche, considera la opportunità di spostare l'epoca della vaccinazione jenneriana al 2° anno di vita, raccomanda una più vasta divulgazione di norme igieniche elementari tra il popolo, una più accurata tecnica vaccinale e auspica che possa essere introdotto nella pratica l'uso di un virus vaccinale culturale, perfettamente sterile.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA.

Diagnosi dei tremori.

(M. Schachter. *Marseille-Médical*, 15 marzo 1939).

Il tremore è un disturbo motore costituito da una serie di oscillazioni ritmiche, di scarsa ampiezza, che spostano uno o parecchi segmenti del corpo. Si distingue perciò dai movimenti ampi, disordinati, paradossali spesso asimmetrici della corea e dai movimenti a grande ampiezza, lenti ed a carattere quasi teatrale dell'atetosi.

Il tremore può essere generalizzato o localizzato ad un solo segmento.

Quello localizzato colpisce per lo più gli arti superiori, raramente quelli inferiori. Può colpire solo il segmento cefalico, dando alla testa movimenti che imitano il gesto di affermazione e negazione. Talvolta è limitato alla lingua, alle labbra, alle dita di una mano, alle palpebre o ai globi oculari (nistagmo). Infine può essere limitato ad una metà del corpo.

Il tremore ampio, disordinato e generalizzato a tutto il corpo di rado si riscontra in condizioni neuropatiche; si verifica in conseguenza di forti emozioni ed è accompagnato spesso da battimento di denti.

L'ampiezza è varia: può essere caratterizzato da spostamenti larghi delle sezioni colpite, o così brevi da potere essere rilevato solo con opportune manovre (per le mani atto di giuramento a dita divaricate).

In quanto al ritmo può essere lento (4-5 oscillazioni per m''), medio (6-8 oscillazioni per m'') e rapido (8-12 oscillazioni per m'').

Può essere presente allo stato di riposo e

tendere a diminuire o cessare con i movimenti, ed allora si dice statico; oppure accompagnare i movimenti spontanei o ordinati ed allora si dice cinetico.

In relazione alle cause che possono provocarli possono aversi:

a) Tremori nel corso di affezioni del sistema nervoso centrale;

b) Tremori nel corso di affezioni endocrine;

c) Tremori nel corso di intossicazioni;

d) Tremori nel corso di infezioni;

e) Tremori nel corso di stati mentali;

f) Tremore essenziale ed ereditario.

a) I tremori più caratteristici sono quelli dipendenti da lesioni del cervelletto o del sistema extrapiramidale.

Quello delle affezioni cerebellari è il tremore cinetico o intenzionale. Si tratta di un tremore massivo interessante tutto un arto, che cessa con il riposo nel rilasciamento perfetto dei muscoli, e compare quando si eseguano movimenti comandati. Nell'atto di portare il dito al naso il tremore si inizia lentamente per intensificarsi a misura che l'atto si compie. Il tremore si mette più facilmente in evidenza nell'atto di portare un bicchiere pieno di acqua. Oltre che delle cerebellopatie pure è caratteristico della sclerosi a placche.

Il tremore delle affezioni extrapiramidali è quello caratteristico del parkinsonismo. È un tremore statico, ossia esistente durante il riposo, lento, regolare come ampiezza, monotono. Si esagera con le emozioni. È attenuato al mattino al risveglio, si accentua verso la fine della giornata, scompare totalmente nel sonno naturale o provocato. All'opposto di quello massivo della sclerosi a placche che è rizomelico, il tremore parkinsoniano è ectomelico, colpisce i segmenti distali degli arti. Quello delle mani imita il gesto di arrotolare una sigaretta, di contare danaro, e quello dei piedi il movimento di pedale. Di regola il tremore è diffuso anche alle labbra ed al mascellare.

Nella fase iniziale della paralisi progressiva si riscontra un tremore statico fine, più evidente alle estremità che alla radice degli arti, e associato ad un'instabilità atassiforme che si accentua in occasione di movimenti spontanei o comandati.

b) Il tremore più tipico di origine endocrina è quello del morbo di Basedow. È a piccole oscillazioni, rapide e regolari, esistente a riposo ma che si accentua con i movimenti volontari e sopra tutto con le emozioni. È generalizzato a tutto il corpo, ma più marcato alle mani e al capo.

Oltre a questo tremore di origine tiroidea ne esiste senza dubbio uno anche di origine surrenale, come si è potuto rilevare in occasione della somministrazione terapeutica di estratti surrenali.

Gli ormoni tremogeni agiscono eccitando il simpatico. Si spiega così il meccanismo del tremore emotivo e termico (sotto l'azione del freddo). In effetti questi stati sono accompagnati da altri fenomeni di eccitazione simpatica: tachicardia, orripilazione, ipertermia, sudorazione ed ipertensione arteriosa.

Analogo al tremore ormogeno è quello detto fisiologico, il brivido, che dal punto di vista semeiologico è un tremore generalizzato e scatenato per via riflessa in seguito al passaggio da un ambiente caldo ad uno freddo o in seguito al contatto di oggetti molto freddi con alcune regioni particolarmente sensibili: nuca, dorso, petto.

c) Il tremore tossico classico è quello dell'alcoolismo cronico. È localizzato alle estremità e ciascun dito trema per suo conto, le piccole oscillazioni di ciascun dito non sono sincrone e non hanno la medesima ampiezza. Contemporaneamente sono tremule la lingua, le labbra, le palpebre. Il tremore si manifesta con i movimenti volontari e cessano con il riposo e durante il sonno.

Il tremore mercuriale è continuo anche a riposo e si accentua con i movimenti; quello saturnino ha i medesimi caratteri, ma ha accentuazioni vespertine.

Analogo al tremore alcoolico è quello da tabacco, da tè, da caffè, da morfina e da cocaina.

d) Nelle infezioni acute (tifo, malaria, pulmonite) si hanno tremori che non hanno nulla di caratteristico. Nelle complicazioni nervose delle malattie esantematiche si possono avere tremori e grandi oscillazioni come quelli del parkinsonismo, ma che scompaiono con la guarigione dell'infezione. Sembra siano legati a lesioni dei nuclei grigi della base.

e) In alcune neurosi, specialmente nella neurastenia e nell'isteria, si hanno di solito tremori che non hanno nulla di caratteristico. Nei neurastenici sogliono accentuarsi con l'affaticamento, negli isterici con le emozioni.

f) Il tremore essenziale e ereditario ha di speciale di essere il solo disturbo che presentano alcuni individui esenti da qualsiasi altra tara. Si trasmette da padre in figlio. Talvolta somiglia a quello parkinsoniano, talaltra a quello basedowiano o della sclerosi a placche. Può iniziarsi in tutte le età, ma suole essere sempre più precoce nelle generazioni successive (anteposizione). Colpisce egualmente uomini e donne. È più frequente nelle famiglie prolifiche e longeve.

La diagnosi differenziale dei tremori va posta con i seguenti disturbi motori:

1) Corea: i movimenti hanno grande ampiezza, sono disordinati, aritmici, illogici.

2) Atetosi: i movimenti sono lenti, teatrali.

3) Mioclonie: sono scosse muscolari localizzate, senza ritmo e sempre brusche.

4) Corea fibrillare di Morvan: contrazioni fibrillari associate ad algie disseminate.

5) Scosse epilettiche: crisi accompagnate dalla classica fenomenologia della convulsione epilettica.

6) Tremore cefalico con nistagmo: movimenti orizzontali, verticali o rotatori del capo accompagnati da nistagmo: si tratta di una condizione che colpisce bambini o giovanetti.

I rimedi classici dei tremori, specie di quello parkinsoniano, sono la scopolamina, la joscina e l'atropina, eventualmente associate ai bromuri ed al cloralio.

Il trattamento etiologico è possibile solo nella forme endocrine, tossiche, infettive. Nelle forme neurotiche il tremore si cura trattando la condizione alla quale è legato. Nelle organopatie cerebellari o striate è impossibile rimuovere la causa del tremore. Sono stati tentati interventi sulle radici posteriori o sul simpatico; ma si tratta di un metodo non ancora raccomandabile. DR.

Il significato diagnostico e prognostico delle alterazioni delle unghie.

(R. CRANSTON LOW. *Practitioner*, n. 5, maggio 1939).

L'accertamento dello stato delle unghie può dare in molti casi un utile indizio per la diagnosi e la prognosi di malattie generali o di altri organi. Quando tutte le unghie delle mani o dei piedi presentano la medesima alterazione è a pensare ad un'anomalia congenita oppure ad un'affezione che modifica lo stato delle unghie attraverso la circolazione. Quando invece è alterata una sola unghia e tutte le altre sono normali si deve pensare ad una condizione patogena locale, traumi, infezioni dell'unghia o infiammazioni, neoplasmi della cute o dei tessuti più profondi che circondano l'unghia stessa.

L'alterazione delle unghie in dipendenza di un'affezione generale è sempre indice della gravità dell'affezione stessa e quindi ha un cattivo significato prognostico.

In genere il colore varia con la temperatura e con lo stato di cianosi dell'arto. La pressione esercitata sull'unghia provoca l'allontanamento del sangue dal letto dell'unghia e cessando la pressione il sangue vi ritorna più o meno rapidamente, il che costituisce un indice della forza della circolazione.

L'alterazione cromatica più comune è la leuconichia, costituita da macchie o strie trasverse di colore bianco: solo raramente l'unghia diventa totalmente bianca. La leuconichia può manifestarsi in individui apparentemente normali, in intere famiglie come fatto ereditario, ma per lo più è in rapporto a disturbi trofici di origine nervosa come nella lebbra. In genere sembra determinata da traumi locali, e perciò sarebbe più frequente nelle donne, che più degli uomini curano le loro unghie. Althausen e Gunther hanno trovato che le leuconichie con strie trasverse di tutte le unghie sono frequenti nell'avvelenamento arsenicale acuto e cronico, nel quale, per altro, si riscontra un accumulo di arsenico nelle unghie e nei peli. Alterazioni analoghe sono provocate dall'acetato di tallio.

Il colore bianco sembra dipendere dalla presenza di aria nella compagine dell'unghia dovuta a lesioni che ne separano gli strati. Ma Singer pensa che si tratti di imperfetta cheratinizzazione con la persistenza di granuli cheratoialini refrangenti la luce.

Oltre che in bianco le unghie possono in tutto o in parte colorarsi in varie tinte dal giallo-bruno all'azzurro, al porpora, al nero. Nell'avvelenamento arsenicale cronico possono, come la pelle delle dita, assumere un colorito brunastro. Nel morbo di Addison solo raramente brunastre, anzi, specie quando l'anemia è notevole, possono diventare bianche. È interessante il fatto che nella razza nera le unghie sono relativamente pallide.

Una striscia brunastra singola nelle persone di razza bianca denota l'esistenza di un neo pigmentario della matrice, mentre nella razza nera è facile trovare tali strie.

Nell'argiria le unghie, come le parti esposte della pelle, possono assumere una tinta ardesiaca, che scompare cessando di adoperare l'argento per via esterna o interna.

Nell'avvelenamento mercuriale tale tinta è più oscura con tendenza al brunastro. È dovuta alla formazione di solfuro di mercurio nei tessuti.

La colorazione azzurro-nera è dovuta ad emorragie sottoungueali: si può avere in seguito a traumi, nella porpora, nell'emofilia, nello scorbuto, nella tabe dorsale insieme ai dolori folgoranti, e nel diabete in occasione di neuralgie. Se tali emorragie sono molto abbondanti la pressione esercitata dal sangue può provocare intenso dolore, tale da consigliare l'asportazione dell'unghia. In genere però il sangue stravasato viene assorbito e lentamente scompare la colorazione anormale.

Nella gangrena diabetica o di altra origine si ha una colorazione nerastra che però è diffusa a tutto il polpastrello o all'intero dito.

Quando nelle affezioni pulmonari e cardiache croniche le dita assumono l'aspetto di bacchetta di tamburo le unghie s'incurvano diventando più convesse in senso longitudinale e trasversale.

Le unghie possono assumere anche la forma opposta, ossia presentarsi concave, approfondite verso il centro (coilonichia). Tale fatto può verificarsi in tutte le dita, ma più frequentemente nel pollice e nell'indice. La causa della coilochinia è sconosciuta. Talvolta è associata all'alopecia aerata, e si riscontra più

comunemente nei soggetti anemici e longilinei.

La fragilità e la tendenza allo scheggiamento delle unghie è per lo più congenita, ma può essere provocata dal contatto prolungato con alcune sostanze chimiche, specie alcali, o dai solventi degli smalti colorati adoperati dalle donne.

Le così dette unghie a pelle d'uovo sono morbide, semitrasparenti, si piegano e rompono con grande facilità. Si riscontrano nelle artriti, nelle neuriti, nella lebbra e nell'emiplegia. Qualche caso di simile si verifica nella sifilide terziaria (onichia siphilitica sicca): le unghie diventano secche, atrofiche e tendono a rompersi. In tutte queste condizioni atrofiche giovano molto i preparati di zolfo.

Le strie longitudinali si determinano comunemente negli individui che hanno passato la maturità. Nelle forme accentuate si ha una tendenza alla rottura delle unghie verso il margine libero. Oltre che negli individui anziani sogliono presentarsi in soggetti con foci infettivi, nonchè nelle neuriti, nell'emiplegia. Qualche cosa di simile si verifica nelminosi specie in quella A.

La condizione può rassomigliare all'erpete delle unghie, nel quale le unghie si rompono molto facilmente.

Talvolta si ha una sola stria sollevata con direzione longitudinale, dovuta a cicatrice della base dell'unghia esito di lesione infettiva o traumatica.

Le linee trasverse, o linee di Beau, sogliono iniziarsi alla base e quindi si spostano verso l'orlo libero dell'unghia per poi scomparire con i tagli successivi. Quando si riscontrano in una sola unghia sono dovute a cause locali, ed a cause generali quando colpiscono tutte le unghie. Le cause locali sono le lesioni infiammatorie della matrice (eczema, psoriasi, dermatiti esfoliative generali come quelle determinate dai preparati arsenobenzoli, paronichia, e traumi). Le cause generali più comuni sono le infezioni acute (eresipela, morbillo, influenza, pulmonite, scarlattina, tifo) e le condizioni che producono uno stato di deperimento generale (mal di mare grave e prolungato, shock nervoso, accessi epilettici ripetuti, gozzo esoftalmico, diabete).

La caduta delle unghie può verificarsi anche in mancanza di ogni loro alterazione o della pelle circostante. Vi sono individui che perdono regolarmente le loro unghie senza nessuna causa apparente. La caduta delle unghie può verificarsi nelle infezioni acute, specie nella scarlattina, nella tabe e nel diabete, nonchè in alcune dermatiti come la epidermolisis bullosa, la dermatite esfoliativa, il pemphigus foliaceus, l' eczema diffuso, l' alopecia aerata. Di solito le unghie si riformano.

Le unghie atrofiche sono piccole, deformi. Molti individui presentano atrofia delle unghie del terzo, quarto e quinto dito dei piedi forse a causa dell'azione delle scarpe. Talvolta l'atrofia è congenita ed è associata ad altre alterazioni ectodermiche come la sottigliezza estrema o la mancanza dei peli, oppure a deficienza mentale. Le forme acquisite possono essere legate a traumi, congelamenti, sclerodattilia, morbo di Raynaud, radiodermiti, sifilide, ipertiroidismo, lesioni nervose, lebbra, tabe, sifilide, malattie croniche esaurienti come il cancro e più di rado nella tetania da paratiroidectomia. L'atrofia può essere prodotta anche dal taglio troppo abbondante e ripetuto delle unghie, dall'abitudine che hanno alcuni neuropatici di rosicchiarsi le unghie. In ogni caso l'atrofia è permanente.

L'ispessimento semplice delle unghie è caratterizzato da un'ingrossamento dello spessore in toto; la superficie rimane levigata con linee longitudinali più o meno evidenti, il colore può essere alterato (grigio o bruno). Per lo più si tratta di un fatto congenito, ma può verificarsi anche nell'eczema cronico con ipercheratosi del palmo delle mani o della pianta dei piedi.

L'ipercheratosi subungueale è caratterizzata da una massa cornea del letto che tende ad insinuarsi sotto la superficie dell'unghia. Può riscontrarsi nelle dermatiti croniche (eczema, psoriasi) nell'avvelenamento arsenicale cronico, nella paralisi generale.

In tutte le infiammazioni croniche del letto e nelle infezioni dei solchi si ha una ipertrofia graduale dell'unghia.

L'ipertrofia ungueale più comune è l'onicogriposi caratterizzata da un notevole ingrandimento ed inspessimento irregolare delle unghie, che tendono ad assumere una forma incurvata ad artiglio ed un colorito bruno, verdastro o nero. Possono esserne colpite tutte le dita, ma più frequentemente quelle dei piedi, l'alluce in ispecie. È più frequente nei vecchi e può accompagnarsi a deformità delle dita, più spesso ad alluce valgo. Può essere legata alle neuriti, alla lebbra, alla tabe, all'emiplegia, alle disfunzioni ipofisarie e tiroidee, ma nella maggioranza dei casi è un'alterazione isolata di cui non si riesce a mettere in evidenza la causa. DR.

TERAPIA.

Le indicazioni della cura della sifilide ereditaria.

(G. MILIAN. *Paris médical*, 4 marzo 1939).

La cura della sifilide ereditaria è uno dei problemi più delicati della terapia. Questa cura può essere *preventiva o curativa.*

La cura preventiva è la migliore e la più efficace perchè permette alla madre di mettere al mondo un figlio vivente, di buon aspetto e qualche volta anche sano. Questa cura deve cominciare nella madre anche prima della gravidanza, perchè iniziando la cura a gravi-

danza dichiarata si può avere un feto già sifilitico. La procreazione dei sifilitici si deve evitare nei primi due o tre anni di malattia.

La cura deve essere energica e si deve proseguire fino a scomparsa dei segni clinici e sierologici prima di consentire l'inizio di una gravidanza. Ma anche dopo cure energiche è bene curare la madre durante la gravidanza e questa cura in gravidanza va fatta precocemente, perchè è verso il terzo mese che si hanno più facilmente aborti. Si faranno 15 o 16 iniezioni di bismuto (2 alla settimana), poi una serie di 914 endovenose da 30 a 120 centigr. e più se si tratta di donna obesa che superi i 60 kg. di peso e poi una cura mercuriale.

Su questa terapia preventiva sono d'accordo tutti. Non così invece per la cura veramente curativa dell'eredo-sifilitico. Qui bisogna fare una distinzione fra neonato e lattante.

La sifilide florida del lattante e del neonato deve essere curata immediatamente tanto se si tratta di manifestazioni cutanee o mucose o soltanto di idrocefalo, o di epatosplenomegalia, o di tibie arcuate o di Wassermann positiva. Spesso è necessario cercare le stigmate meno appariscenti: fessure labiali, delle narici, l'ipotermia, la stazionarietà del peso. Una delle migliori cure pel neonato e per il lattante è quella delle frizioni mercuriali per lungo tempo: ogni giorno per tre settimane su quattro, poi ogni giorno per quindici giorni al mese. La frizione va fatta per un minuto con unguento in quantita di un pisello.

Il sulfarsenol è usato da molti per iniezioni endomuscolari (6 centigrammi per volta, 2 volte alla settimana), ma l'A. ritiene che sia prudente ricorrere a questo rimedio solo dopo 1 o 2 serie di cura mercuriale di tre settimane l'una.

Nei casi di *eredo-luetici con stato apparentemente normale,* alcuni si astengono sistematicamente dalla terapia. L'A. invece ritiene che sia meglio curare il neonato come se presentasse manifestazioni luetiche.

Se questo non si fa, si deve sorvegliare accuratamente il lattante e iniziare la cura appena ci fosse qualche segno di sviluppo insufficiente (ritardo della dentizione, della deambulazione, della parola, deficienza dell'intelligenza).

Nell'eredo-luetico già avanti negli anni (p.e.: a quindici anni) il problema terapeutico ha un altro aspetto. La saldatura del lobulo dell'orecchio, l'iride bicolore, le erosioni dentarie e tutte le stigmate dette distrofiche non bastano ad indicare la necessità di una cura specifica, perchè possono rappresentare l'esito di una sifilide spontaneamente guarita. Non si dovrà invece esitare ad iniziare la cura se ci sono lesioni attive anche oltre quest'età. La difficoltà diagnostica vera però insorge quando l'eredo-luetico non presenta nè lesioni in atto nè esiti di lesioni luetiche, almeno apparentemente. In questi casi per prima cosa si farà l'esame sierologico con diversi metodi. Indicazioni alla cura sono: cicatrici della lingua, fessure labiali che ricompaiono ogni anno, righe trasversali o erosioni puntiformi delle unghie, alterazioni croniche (anemia, ittero, epilessia).

A conferma della necessità di curare anche così di eredo-lues apparentemente asintomatici l'A. cita due esempi tratti da un lavoro di Lereboullet e insiste sulla necessità di consigliare sempre la cura specifica sistematicamente a tutti i nati da genitori luetici.

L.

Il trattamento delle difteriti maligne.

(HO-TA-KHANH. *Annales de Méd.*, aprile 1939).

Il problema del trattamento della difterite maligna è lungi dall'esser risolto ed esso resta sempre un problema d'attualità.

L'A. sulla scorta di 550 casi di difterite trattati nel « servizio delle malattie dell'infanzia » (prof. Giraud), ha ripreso lo studio patogenico sulla morte nelle difteriti maligne, studio che spiega, in una certa misura, gli scacchi terapeutici frequentemente riscontrati, e può indicare qualche nuovo orientamento delle ricerche sul trattamento della difterite.

In questa II nota egli riassume i suoi studi patogenici in 3 fasi:

1ª fase di inizio; 2ª fase secondaria; 3ª fase tardiva e fa un particolareggiato studio terapeutico per ogni fase:

1ª fase: il trattamento specifico col siero antitossico costituisce l'asse indispensabile della terapia in questo periodo; esso deve essere applicato immediatamente per via endovenosa se possibile, o per via muscolare e sottocutanea associate. La prima dose deve essere equivalente a 60.000 u. a. di siero da 300 u. a. per cc. La ripetizione della sieroterapia è facoltativa.

2ª fase: il pericolo è costituito dallo stato di squilibrio vago-simpatico dell'organismo. Contro questo stato non disponiamo disgraziatamente a tutt'oggi che di medicamenti sintomatici. In questo momento essendo il sangue del malato sovraccarico d'antitossine non è più il caso di continuare la sieroterapia. Contro i disturbi cardiaci tutti son d'accordo di praticare iniezioni di ouabaïne alternate con cardiotonici; contro le complicazioni renali, evitare diuretici irritanti, praticare rettoclisi o iniezioni endovenose di siero glucosato; contro lesioni delle surrenali siamo oggi ancora disarmati; contro gli accidenti tardivi da siero l'unica risorsa, secondo l'A., è quella di tonificare il sistema simpatico.

3ª fase. la precocità della sieroterapia prima della diffusione tossica del sistema nervoso è essenziale, e può essere il solo mezzo per la prevenzione delle paralisi difteriche; a queste

paralisi si oppone ancora oggi una terapia sintomatica in cui la stricnina in dose saturante deve essere il medicamento essenziale.

Concludendo l'A. osserva come, i risultati terapeutici essendo molto scarsi, si renda necessario intensificare la lotta preventiva, e che la vaccinoterapia preventiva con il metodo di Ramon debba esser volgarizzata e resa obbligatoria in tutti gli agglomeramenti infantili.

S. F.

Le azioni fisiologiche e terapeutiche del carciofo.

(L. Tixier. *Presse Médicale*, 3 giugno 1939).

Il principio attivo cristallizzato del carciofo (*Cynara scolymus*) ha un complesso di sinergie epato-renali che gli conferiscono le seguenti proprietà:

1) Un'azione coleretica con accrescimento quantitativo e qualitativo della secrezione biliare.

2) Un'azione diuretica con aumento della concentrazione dell'urea urinaria ed eliminazione delle sostanze azotate tossiche, vera diuresi solida.

3) Un'azione eliminatrice dell'azoto ematico con caduta dell'urea e della costante di Ambard dipendente dalla stimolazione della funzione ureogenica del fegato e dal miglioramento della funzione ureo-secretoria del rene.

4) Un'azione eliminatrice della colesterina con mobilizzazione dei depositi tissulari da aumento del potere coleosterolitico del siero sanguigno.

L'esperienza clinica ha confermato l'azione stimolante dell'estratto di carciofo sulla secrezione biliare. In un gran numero d'itteri a tipo catarrale o infettivi, di epatiti congestizie dei mangiatori, di epetatiti itterigene degli alcolizzati il cinara ha provocato la scomparsa dell'ittero.

Il cinara in numerosi malati trasforma il potere colesterolitico da negativo (quindi precipitante) in positivo (quindi solubilizzante). Queste modificazioni sono rivelate dall'aumento della colesterolemia che può sembrare paradossale ma che in effetti depone per la scarica della colesterina dai tessuti in un ambiente umorale divenuto capace di assorbirla.

L'ipercolesterolemia dura un certo tempo; poi la colesterolemia ritorna al tasso normale, mentre il siero conserva ancora il potere colesterolitico positivo, che è come una specie di assicurazione contro le recidive.

Dal punto di vista clinico il cinara determina modificazioni delle placche ateromatose, che, come è noto si sviluppano su un letto di colesterina: i contorni si riducono, l'opacità diminuisce. Si constatano anche regressioni delle lesioni del fondo oculare invaso da depositi colesterinici, nonchè di depositi cutanei periorbitari.

Infine il trattamento cinarico è risultato efficace in alcune artriti degli arti inferiori con sindrome di claudicazione intermittente.

La cinaraterapia è quindi indicata nelle manifestazioni imputabili ai disturbi del metabolismo del colesterolo: arteriosclerosi con o senza ipertensione, ateromi, arteriti, alcune dermatiti.

L'azione diuretica del cinara è stata sperimentata con successo nelle nefriti acute. La quantità di urina aumenta rapidamente, mentre la concentrazione dell'urea urinaria si eleva. Questa doppia azione determina una forte scarica azoturica, una vera diuresi solida liberatrice.

Per quel che riguarda il metabolismo dell'urea e dell'acqua si è trovato che le iniezioni intramuscolari o endovenose di cinara determinano: 1) Elevazione iniziale transitoria dell'urea nel sangue, dovuta alla trasformazione in urea dei residui azotati tossici provocata dall'esaltazione della funzione ureogenica del fegato; e poi un abbassamento verso il normale in seguito all'aumento dell'eliminazione. 2) Abbassamento della costante d'Ambard parallelo alla diminuzione dell'urea nel sangue. 3) Aumento della diuresi. Concentrazione urinaria raddoppiata o triplicata a seguito del miglioramento della funzione ureosecretoria.

Il cinara è adunque indicato in tutte le insufficienze epato-renali più o meno gravi.

Risultati interessanti sono stati ottenuti nelle albuminurie croniche, nelle quali si è notata la scomparsa dell'albumina residua; nella nefrosi lipoidica con regressione rapida dell'albuminuria e degli edemi.

Può utilmente essere adoperato come medicamento di urgenza nell'anuria tossica, nelle oligurie e negli edemi delle epatopatie, nelle manifestazioni cardio-renali, ed in numerosi stati infettivi e tossici (pulmonite, tifo, coma diabetico), condizioni tutte nelle quali il cinara può, rapidamente e senza pericolo, provocare la poliuria salvatrice.

Può parimenti riuscire utile nelle manifestazioni acutissime da ritenzione di azoto e di acqua (coma uremico, edema della glottide, edema cerebrale, delirium tremens, ecc.).

È ovvio che, essendo il cinara un stimolante, gli effetti sono nulli quando i glomeruli renali sono stati distrutti dalla sclerosi.

In pediatria il cinara può essere adoperato nei disturbi digestivi con intolleranza per alcuni alimenti, vomiti a tipo acetonico, feci che rivelano digestione e assimilazione difettosa.

In dermatologia può dare netti vantaggi nel prurigo strophulus, nei diversi pruriti infantili, nelle crisi d'urticaria, negli accidenti serici, in alcuni eczemi e psoriasi.

Può giovare nell'asma quando questa si sviluppa su un terreno artritico, in alcune manifestazioni demenziali o deliranti di origine epato-renale.

Infine può avere qualche indicazione in chirurgia nella preparazione dei renali o degli epatici, e anche come rimedio post-operatorio per combattere l'oliguria e l'azotemia.

In pratica si adopera l'estratto delle piante di carciofo essiccate di cui si trovano in commercio parecchie preparazioni. Può essere somministrato per via orale (sotto forma di goccie o di confetti) o per via parenterale (intramuscolare o endovenosa). Alle iniezioni endovenose bisogna ricorrere nei casi gravi o quando si vogliano avere effetti rapidi. DR.

L'azione del solfato di magnesio per via parenterale.

(L. GIPPERICH e F. ARTIFONI *Giornale di Clinica Medica*, 30 aprile 1939).

Il magnesio costituisce un elemento essenziale dell'organismo. Si trova in piccole quantità nelle ossa sotto forma di fosfato, ed in quantità anche maggiore del calcio nel cervello, nei muscoli e nel sangue: in quest'ultimo la quantità media è del 0,003-0,004 %. Concorre al mantenimento dell'equilibrio organico ed all'integrità funzionale delle cellule. È assorbito in scarsa quantità dal tubo digerente e viene eliminato con le urine sotto forma di fosfato ammonico-magnesiaco.

Le proprietà purgative e derivative del solfato di magnesio sono note da tempo. Da non molto si è trovato che somministrato per via parenterale ha un'azione sedativa. Curci mediante iniezioni di solfato di magnesio provocò nelle cavie e nei conigli uno stato narcotico, che era interrotto da iniezioni di sale di calcio e sembra dovuto all'azione del magnesio sui centri ipotalamici e specialmente sul sistema striopallidale. Kotzoglu ha recentemente dimostrato che introdotto in grande quantità per via rettale il solfato di magnesio produce un'anestesia generale con integrità della coscienza. Secondo Marburg avrebbe proprietà disintossicanti impedendo la fissazione dei tossici su i tessuti e favorendone l'eliminazione.

Il solfato di magnesio in forti dosi per via parenterale si è dimostrato vantaggioso nell'eclampsia, nelle crisi gastriche tabetiche, nell'epilessia, nell'encefalite, nel morbo di Little, nel delirium tremens, nel tetano, nella corea. È stato anche adoperato con successo nell'uremia, nella calcolosi biliare, nella cirrosi epatica, nella colite spastica, e nelle intossicazioni da digitale e da strofantina. Particolarmente utile si è dimostrato contro l'ipertensione endocranica e nell'edema cerebrale. Le iniezioni endovenose quotidiane di 10 cmc. di soluzione al 10-20 % di solfato di magnesio danno risultati notevoli nell'emicrania rarefacendo o anche eliminando definitivamente la ripetizione degli accessi.

Gli AA. hanno studiato l'azione del solfato di magnesio per via endovenosa sulla diuresi in condizioni normali e patologiche, sull'ipertensione essenziale, sull'arteriosclerosi, sull'azotemia.

Nei soggetti normali non vi ha alcuna influenza apprezzabile sulla diuresi, mentre negli individui affetti da rene grinzo, da nefrite cronica, da arteriosclerosi e da ipertensione essenziale si ha un sensibile aumento dell'eliminazione dell'urina ed una corrispondente diminuzione del peso specifico. Contemporaneamente migliorano le condizioni generali degli infermi. Questi risultati si dovrebbero all'azione antiangiospastica del solfato di magnesio.

Nell'ipertensione, specie in quella pallida, si avrebbe un sensibile abbassamento della pressione, tanto della massima che della minima.

Avrebbe inoltre la proprietà di abbassare il tasso azotemico.

Le prove fatte su gli animali hanno dimostrato che il solfato di magnesio anche ad alte dosi non ha alcuna azione nociva sul fegato e sul rene. DR.

Le manifestazioni tossiche dei tiocianati.

(M. H. WALD, H. A. LINDBERG, M. H. BARKER. *The Journ. of the Americ. Medic. Association*, 21 marzo 1939).

L'uso crescente dei tiocianati nella cura dell'ipertensione consiglia di studiare i fenomeni tossici che essi possono dare. Gli AA. dopo dieci anni di esperienza hanno voluto fare una rivista critica della tossicità dei tiocianati e suggerire il modo migliore per comportarsi nella loro somministrazione clinica.

I tiocianati sono depositati nell'organismo e la sua azione tossica dipende dall'accumulo. Il livello al quale i tiocianati contenuti nel sangue sono efficaci senza essere pericolosi oscilla fra 8 e 14 mg. per cento.

Bisogna distinguere i fenomeni tossici che si osservano rimanendo al livello di sicurezza ora indicato e quelli che compaiono per concentrazione molto più alta.

La dose giornaliera da somministrare oscilla fra 30 centigrammi e 1 gr., secondo la quantità che viene eliminata quotidianamente.

La manifestazione tossica più comune dei tiocianati è l'astenia e il senso di fatica. Questi sintomi, che compiono nel 75 % dei casi, si evitano facendo una cura discontinua. Essi scompaiono spontaneamente dopo alcune settimane (da 2 a 6). Ad essi si aggiungono spesso dolori e crampi alle gambe.

Si possono avere sonnolenza, dermatiti tossiche, aumento di volume della tiroide, disturbi gastrointestinali (pirosi, senso di malessere, anoressia, nausea e raramente vomito).

La diarrea compare nei casi di intossicazione grave ed è accompagnata da crampi addominali.

Alcuni disturbi gravi, p. es. il collasso va-

scolare e la trombosi uretrale, dipendono non da intossicazione medicamentosa ma dalla malattia fondamentale per la quale si è somministrato il medicamento. Invece di natura certamente tossica, perchè compaiono solo con concentrazione di tiosolfati nel sangue di 20 mg. per cento, sono altri disturbi nervosi e precisamente abburattamento della parola e afasia. Nei casi più gravi si ha confusione mentale e delirio.

In alcuni casi si sono avuti attacchi anginosi che, per la loro coincidenza coll'inizio della cura, si devono attribuire all'azione ipotensiva del farmaco.

Nell'uomo gli AA. non hanno osservato nessun caso di morte, ma l'hanno veduta prodursi in animali da esperimento (con meccanismo non chiaro, essendo dubbio se si produca per ischemia dei centri nervosi o per lesione acuta delle cellule del cervello). Dagli otto casi di morte nell'uomo descritti nella letteratura, solo alcuni possono attribuirsi ai tiocianati (e sempre per lunghissimo periodo di somministrazione ad eccezione di un avvelenamento acuto a scopo suicida in cui si ebbe la morte 10 ore dopo l'ingestione).

I tiocianati si useranno solo quando si ha la possibilità di fare ripetuti controlli del loro accumularsi nel sangue.

Nel medesimo numero della stessa rivista C. F. Garvin ha descritto dettagliatamente un caso di avvelenamento mortale da tiocianati, dopo aver riportato sette casi già pubblicati precedentemente da altri. Questo caso riguardava una negra di 71 anni, che da sei anni presentava ipertensione progressiva e cefalea. Bastarono 9 gr. di tiocianati in 15 giorni per dare fenomeni tossici imponenti: stato di agitazione, delirio di persecuzione, allucinazione. Questi disturbi persistettero per 9 giorni; allora si ebbe la morte per coma e clinicamente fu rilevata l'esistenza di una broncopolmonite terminale. La psicosi cominciò con un contenuto non molto alto di tiocianati (mg. 13,6 per cento). Per questo il Garvin ritiene pericoloso l'uso di questo medicamento. L.

Trattamento delle scottature con i raggi infrarossi.

(GAUTIER. *La Presse Médicale*, fasc. VIII, 1939).

L'A. partendo dal concetto che l'insieme dei sintomi generali presentati dagli ustionati gravi ha una grande analogia con i disturbi che seguono ad interventi di una certa importanza e che Leriche ha riunito sotto il nome di malattia post-operatoria, ha cominciato a trattare gli ustionati con i raggi infrarossi. Ne riferisce tre casi in cui i risultati sono stati veramente soddisfacenti.

Il trattamento deve essere precoce e consiste nel fare una larga irradiazione della durata di circa un'ora, mentre si detergono le parti necrosate, le flittene e i lembi epidermici che hanno qualsiasi aderenza con i piani profondi.

Dopo la prima seduta il paziente avverte subito la scomparsa del dolore e ha una sensazione di benessere: viene messo a letto su lenzuola sterilizzate e ben riscaldate. L'A. consiglia di ripetere l'irradiazione nella prima giornata. Già alla terza o quarta irradiazione si notano le superfici ustionate ricoperte di croste e verso il sesto-ottavo giorno la guarigione si ha dopo circa 20 giorni.

Secondo l'A. il trattamento degli ustionati con i raggi infrarossi presenta dei vantaggi indiscutibili sui trattamenti attualmente praticati. Agisce rapidamente sul dolore che scompare in una mezz'ora, permette di lottare efficacemente contro lo choc, contro il raffreddamento, contro il riassorbimento di sostanze tossiche e contro l'infezione. La guarigione è molto più rapida e le cicatrici sono indolori, non aderenti, non retrattili, elastiche.

L'irradiazione si avvicina al metodo di cura col tannino, ma su questo ha il vantaggio di determinare un'analgesia e una cicatrizzazione più rapide e di agire più efficamente contro lo choc; inoltre può essere usato anche dopo altro trattamento. Il metodo, che secondo l'A. rappresenta un progresso nella cura degli ustionati, merita di essere studiato per stabilire meglio la frequenza e la durata delle irradiazioni. JADEVAIA.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussione sugli sviluppi recenti della cura del morbo di Addison.

La discussione (*Proceeding of the Royal Soc. of Medec.*, aprile 1939) ha avuto inizio con una comunicazione di L. Simpson.

L'estrazione di princìpi attivi corticali colla glicerina e con altri metodi non ha dato risultati pratici.

Nel 1936 Reichstein a Zurigo e Kendall alla Clinica Mayo ottennero frazioni cristalline da estratto corticale crudo. L'anno dopo Steiger e Reichstein trovarono che il costituente fondamentale è una sostanza, che chiamarono corticosterone, identica a quella denominata da Kendall sostanza B. Il corticosterone non si può avere per sintesi; però Steiger e Reichstein ottennero sinteticamente dallo stigmasterolo un composto molto vicino, il desossicorticosterone, che differisce dal corticosterone per la mancanza di un gruppo OH. Una formula molto simile l'ha il progesterone e l'acetato di desossicorticosterone ha un'azione simile al progesterone sul coniglio.

Nei ratti adrenalectomizzati il desossicorticosterone ha azione più potente del corticosterone.

L'O. ha posto delle compresse di acetato di desossicorticosterone nel sottocutaneo di malati di m. di Addison e constatò dopo qualche settimana che gli effetti erano identici a quelli ottenuti mediante iniezioni quotidiane dello stesso prodotto.

5 mgm. di acetato di desossicorticosterone equivalgono a 10 cc. di cortina (estratto corticale). L'aggiunta di sale alla terapia potenzia l'azione dell'acetato di disossicorticosterone.

Si devono fare ulteriori ricerche per ottenere una modificazione della molecola di desossicorticosterone che permette l'uso per bocca, per preparare prodotti che abbiano azione più prolungata e per avere per sintesi prodotti più potenti.

J. F. Wilkinson riferisce sulla sua esperienza in materia. I casi curati prima che si adoperasse l'ormone corticale gli hanno dato 100 per cento di mortalità. Su 13 casi curati con ormone corticale ebbe 4 morti. Gli altri nove sopravvivono in buone condizini. Altri 4 casi furono trattati con desossicorticosterone e di questi uno morì.

La terapia salina è scarsamente efficace nei casi gravi, utile nei casi lievi. Ci sono però dei malati che non tollerano assolutamente il sale.

La dieta povera di potassio non ha dato risultati che giustificano l'uso di una cura che è fastidiosa e anche costosa.

H. P. Himsworth ha avuto anch'egli scarsi risultati dalla dieta povera di potassio; però ha notato che le forti quantità di potassio nella dieta sono dannose. Invece ha avuto buoni risultati dall'uso del cloruro di sodio, che ritiene più che un coadiuvante.

I migliori risultati li ha avuti dall'uso della cortina. In un caso però ebbe morte per grave shock anafilattico da cortina.

Col desossicorticosterone ebbe una ricaduta, dopo aver avuto notevole miglioramento, nei due casi in cui adoperò questo medicamento. Non sa dire se la riceduta sia stata provocata da un'azione tossica diretta del desossicorticosterone o dalla mancanza in esso di qualcosa che c'è nell'estratto corticale, ma propende per questa seconda ipotesi. Sconsiglia per ora l'uso del desossicorticosterone.

Ricaduta ebbe in due casi coll'acetato di desossicorticosterone anche A. Jones.

H. W. Dryerre ha confermato alcune cose già dette da altri ed ha messo in evidenza che nel m. di Addison sono frequenti i disturbi gravi da analgesici, specialmente oppiacei, i quali possono provocare un attacco ipoglicemico. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

LUCIEN LEBOURG. *Les dystrophies dentaires de la syphilis héréditaire.* G. Doin et C. Paris. Fr. 38.

Nonostante le numerose pubblicazioni sulle distrofie dentarie della sifilide ereditaria l'opera di Lebourg, che si aggiunge a tanta ricca messe, suscita un vivo interesse. Essa è precisa, chiara, ampia, tutti i tipi di distrofia e le alterazioni dell'evoluzione dentaria, che riconoscono come causa la sifilide ereditaria, vi sono descritti con imparzialità.

L'autore fa precedere lo studio delle distrofie dentarie da un capitolo in cui sono chiaramente esposte le nozioni generali sulla eredolues. Viene messo in evidenza il valore che assumono le distrofie dentarie nel senso che esse, pur non essendo patognomoniche in modo assoluto, debbono far sorgere il sospetto di eredolue là dove è muto ogni altro segno sia clinico, sia sierologico. Se si pensa che, secondo la statistica di Fourmier, le distrofie dentarie si ritrovano nel 43 % della sifilide ereditaria, risalta subito l'importanza di tale elemento diagnostico.

Le distrofie dentarie sono legate a lesioni sia dell'ortogenesi, sia del dente evoluto. Tali lesioni possono essere a carattere progressivo nel senso che non hanno ancora cessato di agire le cause distrofizzanti, oppure queste hanno agito in un determinato periodo, e le lesioni che ne sono derivate, si sono fissate, hanno cioè lasciato la loro traccia come stigmate. Le alterazioni così stabilitesi sono diverse a seconda dell'intensità della causa distro-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

fizzante, della sua durata, dell'epoca nella quale essa agisce. In base all'ordine dell'apparizione clinica di tali alterazioni, l'A. studia in capitoli successivi le alterazioni distrofiche della dentizione, le alterazioni distrofiche della lamina dentale, le alterazioni distrofiche del follicolo dentale.

Segue poi l'importante capitolo della anatomia patologica delle malformazioni dentali e successivamente quello della patogenesi delle distrofie follicolari in cui sono esposte la teoria cellulare e quella umorale; con precisione è trattata la diagnosi differenziale, la diagnosi cronologica, la diagnosi etiologica di tali lesioni. Al termine di questo vasto ed accurato studio l'A. discute la cura delle distrofie dentarie da eredolue.

DE VECCHIS.

A. LUMIÈRE. *Quelques travaux complémentaires relatifs à la propagation de la tuberculose.* Fasc. IV (1934), V (1937) e VI (1938), di rispettive pagg. 29, 172, 154. L. Sezanne, Lyon.

Sono note le vedute di A. Lumière sul modo di propagazione della tubercolosi. Egli esclude la possibilità di contagio per l'adulto ed ammette soprattutto l'influenza dell'ereditarietà. È ovvio che l'accettazione di tal modo di vedere porterebbe a radicali mutamenti nella profilassi e soprattutto a rimettere « in circolazione » il tubercoloso bacillifero; ma sebbene le idee di un tempo sull'importanza del bacillo di Koch si siano venute un poco modificando nel senso di attribuire pure una grande importanza al terreno, siamo ben lontani da una tesi così ardita come è quella dell'A. Ma questi è tenace nella lotta per sostenere il suo punto di vista anticontagionista ed in numerosi lavori, illustra le sue vedute. Sono appunto tali lavori pubblicati su alcune riviste, che egli raccoglie in fascicoli. I presenti ne contengono 25. Citiamo il titolo di qualcuno: Eredo-tubercolosi e matrimonio. A proposito di un caso di primo-infezione nell'adulto. L'eredità di terreno nella tubercolosi. La frequenza dei casi insospettati di tub. polm. La nuova tesi dei tisiologi ufficiali. I principali fatti che si oppongono alla teoria del contagionismo tubercolare.

Anche senza spostarsi, per ora, dalla consueta pratica profilattica per la tubercolosi e pur sempre mantenendo ancora le vigenti vedute, è bene tener presenti le voci discordanti, da cui può balzare qualche scintilla di vero.

fil.

P. REMLINGER e J. BALLY. *Étude sur la rage.* Un vol. in-8° di 174 pagg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo, fr. 40.

Lo studio della rabbia presenta ancora una grande quantità di questioni importanti non ancora bene definite, a cominciare dalla natura stessa del virus, per proseguire con le modalità della cura, ecc.

La lunga e vasta pratica che Remlinger ha acquistato durante la direzione dell'Istituto antirabico di Costantinopoli e poi di Tangeri, gli dà l'autorità di trattare *ex professo* e con grande larghezza di vedute le varie questioni. Il lavoro si inizia con un interessante capitolo sulla rabbia clinica nell'uomo e negli animali e sui rapporti con altre malattie (paralisi di Landry, delirio acuto, ecc.). Sono, in seguito, considerate: la rabbia sperimentale nei vari animali e nei diversi paesi, la sede, il modo di inoculazione e la natura del virus rabico, i fattori che influiscono sulla sua virulenza, il suo comportamento nel sistema nervoso centrale, il modo di preparazione dei vaccini, gli incidenti che possono provocare.

Motivo di soddisfazione è per noi italiani un capitolo dedicato ai contributi italiani sulla rabbia, in cui gli AA. dichiarano che i nomi di Negri, di Vestea, Fermi, Puntoni, Bertarelli devono essere messi per i primi al posto d'onore. « Se si fa eccezione per la patria di Pasteur, nessun altro paese può presentare un tale esempio di lavori importanti e di nomi pieni di prestigio ». I lavori di Remlinger sull'argomento, fatti a Costantinopoli ed a Tangeri sono oltre 260.

fil.

L'Année médicale pratique. XVIII anno (1939). Un vol. in-16° di 640 pagg. con figg. R. Lépine ed. Paris. Prezzo 36 frs.

Sono ormai 18 anni che, sotto la direzione di C. Lian, si pubblica questo utilissimo annuario il quale raccoglie in brevi articoli riassuntivi quanto di più importante si è venuto pubblicando nell'anno precedente. Il medico pratico ha così la possibilità di tenersi al corrente dei progressi della nostra arte e delle concezioni attuali su determinati argomenti. Vi sono considerate, oltre alla medicina generale con tutte le sue branche (pediatria, patologia infettiva esotica, ecc.) l'igiene, la medicina legale e sociale, la chirurgia, l'elettro-radiologia, l'ostetricia e le varie specialità, sicchè ognuno può trovare fra questi compendiosi articoli quelli che più particolarmente lo interessano. Seguono delle liste di apparecchi nuovi, di nuove specialità e di libri pubblicati nell'anno.

La materia è disposta per ordine alfabetico; le ricerche sono poi facilitate da un ampio indice alfabetico e dall'indice alfabetico anche degli argomenti trattati nei 5 anni precedenti. Oltre che per la pratica corrente, il libro è utile anche come primo avviamento per le ricerche bibliografiche su un dato argomento.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 febbraio 1939-XVII

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Novocaina e processi infiammatori acuti circoscritti.

Dott. G. GIANGRASSO. — L'O. ha saggiato il potere terapeutico della novocaina in soluzione nei processi circoscritti di competenza chirurgica ed ha osservato costantemente che essi si risolvono con maggiore rapidità e con decorso più mite. Prospetta le varie ipotesi sul meccanismo d'azione, e conclude per un'azione antibacterica, basandosi su ricerche bacteriologiche istituite.

Il prof. ALESSANDRI domanda se è bastato l'uso della novocaina per la guarigione o se ha dovuto aggiungere l'intervento chirurgico.

Il prof. PONTANO fa osservare che nella comunicazione del dott. Giangrasso rivive l'uso dei disinfettanti chimici nei processi suppurativi localizzati, problema che sembrava deciso e ormai superato anche per i disinfettanti chimici, i quali hanno azione infinitamente superiore in vitro a quella della novocaina. Non sono le esperienze in vitro utili per giudicare quanto può avvenire in un ascesso, nè sembrano i casi riportati dimostrativi per concludere che la novocaina ha azione disinfettante nei processi localizzati.

Il prof. PUNTONI esprime il dubbio che la eventuale azione benefica possa essere ascritta al debole potere bactericida della novocaina. Se così fosse, i disinfettanti più attivi della novocaina dovrebbero dare dei risultati superiori a quelli della novocaina stessa. È suo convincimento che molte azioni medicamentose addebbitate al potere microbicida di alcuni farmaci, siano piuttosto in relazione con azioni organiche indirette esplicate da essi.

Prova di Rotter sue applicazioni cliniche: determinazione del tasso di acido ascorbico nell'organismo.

Dott. L. GANGITANO. — L'O. passa in rassegna i vari metodi di dosaggio dell'acido ascorbico. Il metodo di Rotter (decolorazione più o meno rapida di una soluzione di diclorofenolo, indofenolo, iniettata intradermo) per la sua tecnica di semplice esecuzione, è da preferire per le utili applicazioni cliniche.

Riporta i primi risultati osservati in 120 malati.

Il prof. COLARIZI chiede all'O. se sia a sua conoscenza che sia stata data la dimostrazione che la prova di Rotter — come del resto le prove di carico con acido ascorbico e successive determinazione nelle urine — rappresenti un indice della ricchezza della vitamina C dell'organismo. Invero non sembra, allo stato attuale della conoscenza, che le suddette prove possano fornire dati probativi sul ricambio della vitamina C, soprattutto in considerazione dei diversi fattori che intervengono nei processi ossido-riduttivi dell'organismo.

Risponde il dott. GANGITANO che il metodo non è di determinazione quantitativa, ma qualitativa. Altre sostanze come il glutatione e la cisteina hanno un potere riducente; però è da notare che nei casi in cui si è notato ritardo nel tempo di decolorazione la somministrazione di acido ascorbico ha portato ad abbreviare rapidamente il tempo di decolorazione. Inoltre Portnoy e Wilkinson che hanno usato questo metodo, hanno controllato l'acido ascorbico delle urine (metodo di Abbasy, Harris, ecc.) e del sangue (metodo di Jarmer e Art), trovando un netto parallelismo fra tempo di decolorazione e contenuto in vitamina C del sangue.

Ulteriori ricerche sulla fisiopatologia leucemica.

Prof. R. GOSIO, dott. S. NICOSIA e A. CRISTIANI. — Nel terreno onde si svolge la complessa patogenesi leucemica è da prendersi in considerazione la presenza di lipidi attivi con caratteri funzionali deviati dalla norma e precisamente per ora si può affermare nella leucemia linfatica con attività leucocitosica quantitativa e morfologica periferica e tissurale, quale non è realizzabile nei controlli più giustificati.

Ulteriori ricerche diranno se queste due direttive fisiopatologiche possano accomunarsi nel determinismo del trionfo tissurale leucemico citologicamente unilaterale.

Sulla Rontgenterapia della tiroide nello scompenso cronico di cuore.

Prof. T. LUCHERINI. — L'O. dopo aver esposto i tentativi di cura a mezzo delle irradiazioni della tiroide, fatti precedentemente da qualche Autore, ha applicato tale metodo in 7 pazienti di cardiopatie valvolari e miocardiche in fase di asistolia ribelle, somministrando a ciascuno 3600 R in 18 giorni. Non ha rilevato alcun beneficio dal Rontgentrattamento, tanto che dei 7 pazienti 4 sono deceduti a breve distanza dalle applicazioni; e due sono usciti peggiorati. Espone le ragioni radiobiologiche e pratiche per cui l'irradiazione della tiroide sana non crea alcun effetto favorevole di risparmio al lavoro del cuore scompensato.

Leptospira oryzeti: una nuova spirocheta per l'uomo.

Prof. B. BABUDIERI. — L'O. riferisce le sue ricerche per l'isolamento della nuova leptospira capace di provocare malattie nell'uomo, ne definisce i caratteri microscopici e culturali.

Il Socio prof. SANARELLI loda le esaurienti ricerche, e suggerisce il quesito delle infezioni miste, e dà il consiglio di esaltare la virulenza negli animali neonati.

Il Segretario: T. PONTANO.

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 5 aprile 1939

Presiede il prof. G. JAPPELLI.

Semeiotica psichica dei primi sei mesi di vita, verso il giudizio della costituzione.

COLUCCI C. — L'O. ricorda i suoi studi antecedenti di igiene mentale del lattante sulla traccia di sintomi psichici. Mentre la pediatria e la puericoltura studiano, dalla nascita, le modificazioni, specie dal punto di vista del peso, della vita vegetativa, egli nota che bisogna considerare il progresso di questa età, ai fini di intendere la costituzione, anche dal punto di vista dinamico, energetico, indicato dalle modificazioni sensoriali e psichiche.

In genere il pediatra ed il nevrologo rivolgono la loro attenzione alle funzioni del linguaggio e del cammino, che presentano molte varietà individuali. L'O. ha ricercato se in un'epoca antecedente si potessero avere indizi della normalità delle funzioni nervose ed anche della costituzione.

Dice che indizi attendibili si possono avere fin dai primi sei mesi di vita nei quali la semplicità delle funzioni, l'uniformità dell'alimentazione lattea, e quindi del metabolismo, ma soprattutto delle particolarità anatomiche, sono in rapporto ad uno sviluppo stabile di funzioni.

Infatti il cervello che nella nascita è di grammi 350, salta a tre mesi a grammi 600, per crescere in seguito più lentamente. In questa prima fase la mielinizzazione non è completa, e ad essa corrisponde un periodo di vita psichica letargica, con prevalente sviluppo delle funzioni fisiologiche, e che si potrebbe dire fase intravertita. In questo periodo di vita informe, due funzioni sono organizzate, una prevalentemente somatica, cioè la nutrizione, l'altra prevalentemente psichica cioè il pianto, che è il linguaggio iniziale di difesa e di progresso; nei bambini normali ha significato intenzionale.

Verso il terzo mese, completati la struttura del cervello e lo sviluppo degli organi di senso, incomincia una fase di espansione, coi rapporti del mondo esterno, il cui inizio è segnato dal sorriso. Gradatamente vi è prima una fase presensoriale che riguarda lo sviluppo della vista, dell'udito, del tatto, e poi con una ricchezza graduale di funzioni psichiche corrispondenti, nell'insieme, ad una importante semeiotica di vitalità cerebrale.

Il pediatra può prendere di mira queste tappe, e notare se esse si presentano regolari. Quando vi è la prevenzione di una ereditarietà luetica, alcoolica, epilettica, psicopatica, in genere morbigena, vi può essere anche la prevenzione per garentire questo bambino con norme igieniche più cautelate. Specialmente il pianto può essere non espressione di intenzionalità, ma monotono, ed espressione di sofferenza, che si prolunga anche dopo i tre mesi, nei quali lo sviluppo della sensorialità è più meschino. Sono segni che quel bambino ha bisogno di speciali riguardi. È probabile, che il pediatra con l'indicata semeiotica psichica potrà trarre ulteriori provvedimenti per garentire la vita di questi bambini.

La vascolarizzazione del testicolo umano studiata radiograficamente Ulteriore contributo allo studio della patogenesi della tubercolosi orchiepididimaria e della sede primitiva del granuloma nel parenchima testicolare.

BALICE G. — L'O. riprende lo studio di una questione un po' controversa sulla localizzazione primitiva del granuloma nel parenchima del testicolo in rapporto al sistema canalicolare, e sulla localizzazione primitiva della tubercolosi nell'epididimo o nel testicolo o in tutti e due contemporaneamente. Ricorda le conclusioni di un suo precedente lavoro (1937), nel quale ammetteva la sede primitiva extracanalicolare del granuloma e la localizzazione contemporanea della tubercolosi nell'epididimo e nel testicolo, contrariamente a quanto avevano affermato altri autori.

L'O. ha voluto, pertanto, studiare la vascolarizzazione del testicolo umano col metodo radiografico, iniettando nell'arteria spermatica la toriofanina, e dallo studio dei radiogrammi così ottenuti ha potuto rilevare la forte sproporzione esistente fra la vascolarizzazione del testicolo e quella dell'epididimo. Per quello che si riferisce alla vascolarizzazione dell'epididimo, specie della sua porzione cefalica, e del corpo di Higmoro, egli ha avuto nei radiogrammi un'ombra uniformemente scura, nella quale non si vedono distintamente i vasi, le cui immagini molto verosimilmente, devono essersi sovrapposte. In corrispondenza del testicolo, invece, si vede, in parecchi radiogrammi l'ansa vascolare costituita dal tronco principale dell'arteria spermtica ed i vasi che attraversano il parenchima testicolare. Non è possibile dire, però, se quei vasi vadano dall'ansa vascolare dell'arteria spermatica verso il corpo di Higmoro, o da questo verso quella, o da una parte e dall'altra. Solo in alcuni radiogrammi il volume degradante delle formazioni vascolari, che vanno dal corpo di Higmoro verso la superficie libera del testicolo, potrebbe far pensare alla esistenza di vasi centrali, che seguano un decorso inverso a quello delle formazioni vascolari, che partono dall'ansa del tronco principale dell'arteria spermatica.

Comunque, i radiogrammi mostrano chiaramente la sproporzione della vascolarizzazione del testicolo in confronto di quella dell'epididimo e del corpo di Higmoro.

L'O. con queste osservazioni anatomiche avvalora la ipotesi, già formulata nel suo precedente lavoro, che i germi della tubercolosi raggiungano, trasportati col sangue attraverso l'arteria spermatica, l'epididimo e il testicolo contemporaneamente, ed il primo in maggior copia che il secondo, per cui il processo tubercolare è più importante nell'epididimo che nel testicolo, per lo meno in una fase iniziale.

L'O., quindi ammette che la infezione tubercolare orchiepididimaria si verifichi, nel maggior numero dei casi, per via ematica, ma non esclude che, meno frequentemente, si possa verificare una propagazione di processo per continuità dalla prostata e dalle vescichette seminali verso l'epididimo e il testicolo, nel qual caso la sede primitiva del granuloma sarebbe endocanalicolare.

Fa qualche considerazione sulla cura, ed afferma che essa deve essere conservativa e realizzata con la roentgenterapia. Chirurgicamente, però, ci sarebbe da eseguire la epididimectomia, quando la lesione fosse localizzata nell'epididimo e il testicolo apparisse sano, nel qual caso la epididimectomia potrebbe facilitare il compito della roentgenterapia metachirurgica.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 29 aprile 1939-XVII

Presidente: Prof. S. CITELLI.

Prof. G. MELDOLESI. — *Chimica dei pigmenti biliari.*

Ricerche sull'eziologia del linfogranuloma inguinale. Prima dimostrazione visiva del virus ottenuta in Italia dal focolaio umano e dal cervello di topino.

G. B. COTTINI. — L'O. ha ottenuto, con l'inoculazione di pus di malato di L.I. nel cervello

di topino un ceppo adattato all'animale e trasmissibile. Descrive il reperto positivo dei corpuscoli di Miyagawa ottenuto negli strisci del pus del focolaio umano e del cervello di topini.

Il repe·to è il primo ottenuto in Italia.

Colesteatoma della pelvi renale.

E. GUARNACCIA. — L'O., nel descrivere — pezzo operatorio — in una donna di 78 a. un grosso colesteatoma della pelvi renale sinistra con sacca idropionefrotica, pur tenendo possibile che vi stia a fondamento un processo infiammatorio, non esclude che, dato uno stimolo flogistico, si sia istituito un processo neoplasti-forme epiteliale i cui limiti con un neoplasma non sono ben determinabili.

Osservazioni sull'epatite sierosa.

U. REITANO. L'O. studia su 100 casi, dei quali 42 con reperto positivo, il problema della « epatite sierosa ».

Il reperto è certo che in più casi è indipendente da fenomeni di stasi.

Il Segretario: prof. dott G. B. COTTINI.

Società Medico-Chirurgica del Friuli.

Seduta del giorno 26 ottobre 1938-XVI

Presidente: prof. A. VARISCO.

Sulla cura chirurgica delle elefantiasi degli arti.

Prof. G. PIERI. — L'O. riferisce la sua esperienza in argomento; questa si estende a tre casi di elefantiasi dell'arto superiore e a due dell'arto inferiore. Nei tre casi di elefantiasi dell'arto superiore si trattava di donne con mostruoso edema dell'arto superiore insorto dopo la cura radicale di un cancro della mammella, ed in essi l'O. secondo la proposta di Sampsonttandley introdusse sottocutaneamente dei fili di seta che dal braccio avrebbero dovuto drenare la corrente linfatica alla fossa sopraclavicolare. In nessuno di questi casi si verificò in definitiva nè la guarigione nè il miglioramento della sindrome.

Nei due casi di elefantiasi degli arti inferiori si trattava di soggetti di età inferiore ai 20 anni, nei quali il processo elefantiasico si era sviluppato alcuni anni prima in seguito a ripetuti attacchi di eresipela a livello della gamba. In questi casi l'O. prelevò dal lato esterno della coscia una striscia di aponeurosi lunga 30 e larga 4 centimetri e la suddivise longitudinalmente in tre strisce. Queste furono introdotte nel sottocutaneo, dalla faccia anteriore della coscia attraverso la regione crurale fino allo spazio retroperitoneale della fossa iliaca.

Questa tecnica aveva il doppio vantaggio di usare il drenaggio dei tessuni organici ben tollerati, e di drenare la circolazione linfatica sia verso le linfoglandole preaortiche indenni, sia (attraverso la larga perdita di sostanza della aponeurosi) verso la profondità dell'arto. In realtà si ottenne solo un miglioramento temporaneo (probalbilmente in rapporto al riposo in letto dopo l'operazione) cui seguì la recidiva. L'esame radiografico della circolazione linfatica (iniezione sottocutanea di radiopol) confermò la stasi persistente.

L'O. pensa che valga la pena di segnalare questi risultati, anche se negativi, onde evitare la ripetizione di tentativi inutili.

Cancro ed ascesso del polmone.

Dott. D. ZANETTI. — L'O. accenna alla aumentata frequenza delle due malattie e ne discute le cause. La forma cavitaria del cancro polmonare può simulare per la sintomalogia clinica l'ascesso cronico del polmone.

Il reperto fisico, la tosse, l'espettorato, la febbre, l'anemia, la iperleucocitosi, la sedimentazione accelerata, l'ippocratismo delle dita, le reazioni pleuriche ecc., si riscontrano con eguali caratteri nelle due forme morbose.

Anche radiologicamente la diagnosi differenziale è spesse volte impossibile. Nel 1° stadio, periodo precavitario, nessuna differenza: ombra più o meno opaca, omogenea, a contorni più o meno sfumati. Nel 2° stadio, cavitario, i comuni mezzi di indagine radiologica non dimostrano apprezzabili variazioni fra i due quadri. La broncografia non può essere di aiuto per la frequente non penetrazione dell'olio iodatc nella cavità.

La tomografia sola, secondo Chaoul, mette in rilievo delle differenze sia delle pareti della cavità, sia dell'infiltrato pericavitario, sia del bronco efferente.

In tema di morte timica.

Dott. E. FAIONI. — L'O. dopo alcuni richiami generali sull'argomento, illustra due casi di morte timica. Il primo è un bambino di sei mesi, gemello, e morto come la sorellina in seguito a una forma di gastroenterite.

Il decesso avvenuto in questo soggetto, circa otto giorni prima e il reperto anatomo-patologico di un timo ipertrofico, fanno porre a base delle considerazioni epicritiche, uno stato timico-linfatico.

La seconda osservazione si riferisce a un giovane ventottenne, morto improvvisamente per supposta, ma non dimostrata, azione di corrente elettrica e nel quale furono riscontrate tutte le note del così detto stato timico-linfatico.

Interloquiscono: prof. SANTI, dott. VOLPI GHIRARDINI, prof. MENCARELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Adenoidismo e tubercolosi.

E. Di Lauro (*Valsalva*, aprile 1939) rileva che da tempo si è prospettata la questione dei rapporti fra tubercolosi ed adenoidismo e fra bacillo di Koch e sistema di Waldeyer. L'A. ha studiato, a tale proposito, il linfotropismo del bacillo di Koch con una serie di esperienze, da cui risulta che l'estratto tonsillare esalta il potere culturale e patogeno del bacillo stesso.

Per quanto riguarda, poi, i rapporti clinici fra tubercolosi e tessuto tonsillare, è noto che con l'asportazione di questo in malati con tubercolosi evolutiva, quest'ultima assume un decorso più rapido fino ad assumere la forma miliare-setticemica.

Da questa osservazione si è passati all'esagerazione del *noli me tangere* del sistema adeno-linfatico in bambini predisposti alla tubercolosi. Ora, giustamente l'A. distingue fra infetti e malati; nei primi l'intervento operativo non può portare che benefici, mentre esso è controindicato nei malati con focolai tubercolari in attività. L'intervento è molto utile anche nel caso dei predisposti.

Nel suo lavoro, inoltre, l'A. si occupa delle reazioni tubercoliniche in oto-rino-laringojatria e della profilassi della tubercolosi per via inalatoria. *fil.*

Su di un caso di epatosplenomegalia tubercolare con anemia arigenerativa.

È un caso ampiamente descritto da A. Gambigliani Zoccoli (*Arch. per le scienze mediche*, marzo 1939). Si trattava di un uomo di 55 anni con eredità immune da tubercolosi, che aveva avuto episodi febbrili con angina ed epatosplenomeglia e, all'inizio, anemia ipercromica e reperto toracico anche radiologico negativo per i campi polmonari e positivo solo per ingrossamento degli ili. Inoltre espettorato Koch negativo e Wassermann negativa. Epatoterapia per due mesi senza risultato. Persistenza dei periodi febbrili. L'esame del sangue diede presenza di normoblasti. Il midollo sternale era composto di soli elementi maturi, mancava completamente di elementi del midollo funzionale. C'era leucopenia. Reazioni di Takata Ara positiva.

Comparvero fatti polmonari a destra: ipofonesi interscapolo-vertebrale, rantoli a piccole bolle, consonanti. Radiologicamente si notò allora nel lobo medio opacità a tipo infiltrativo, parailare. Aggravamento progressivo. Rapido esito in morte.

L'autopsia diede questo reperto: tubercolosi miliare diffusa con prevalente localizzazione al fegato e alla milza, tubercolosi ghiandolare bronco-mediastinica. Polmonite gelatinosa parailare destra. La diagnosi clinica era stata di linfogranuloma addominale.

La descrizione di questo caso offre all'A. l'occasione per riassumere quanto si sa della tubercolosi epatica. Questa si può classificare nel modo seguente:

1) *Tubercolosi miliare del fegato* (con decorso clinicamente muto o acuto o cronico). La forma cronica è sclerotica ma si deve distinguere dalla seguente.

2) *Sclerosi epatica* conseguente a tubercolosi primitiva della milza.

Per la patogenesi si tratta di forme ematogene. L.

Un raro caso di laringite ipoglottica subacuta di natura tubercolare.

E. Vallisneri (*Pediatria*, marzo 1939) descrive un caso molto raro di laringite ipoglottica con decorso subacuto presentatasi bruscamente in una bambina di 3 anni.

Motivo della segnalazione di questo caso clinico è, oltre la rarità di una localizzazione ipoglottica tubercolare in soggetto di questa età, la grande difficoltà diagnostica. Considerata in un primo tempo come laringite difterica, fu posta subito diagnosi generica di pseudo-croup e contemporaneamente di lesione specifica polmonare; assicurata la natura specifica della lesione polmonare, esclusa con certezza la possibilità di corpo estraneo, era logico pensare che causa della stenosi fosse appunto un processo di natura tubercolare. Il caso presentava inoltre molti dati che potevano giustificare un fondato sospetto per lesione sifilitica terziaria.

Pur vertendo la diagnosi limitatamente a queste due affezioni, essa rimase un po' controversa fino alla fine appunto per un complesso di dati negativi e positivi per l'una e per l'altra malattia.

Dopo la morte improvvisa della bambina avvenuta dopo tre mesi, l'autopsia mise in evidenza lesioni tubercolari multiple e l'esame istologico della laringe mise in evidenza nella zona ipoglottica un nodo granulomatoso tubercolare di origine ematogena.

Questa rara osservazione indica la possibilità di una tubercolosi ematogena sottoglottica capace di dar luogo ad una sindrome di laringite ipoglottica subacuta.

S. F.

Ipertensione parossistica in un caso di tubercolosi di una surrenale.

Il caso è descritto da M. Dunole e E. Rutishauser (*La Presse médic.*, 17 maggio 1939). Si trattava di un giardiniere di 63 anni, che aveva avuto in passato solo reumatismo arti-

colare all'età di 49 anni. Da 4 mesi aveva dolori angosciosi, retrosternali o precordiali, della durata di 2-5 minuti, con irradiazioni alle due braccia, con insorgenza durante la deambulazione rapida dopo un pasto. Un mese prima del suo ingresso in ospedale, tosse ed espettorato. Il cuore era aumentato di volume ed aveva sdoppiamento del 2° tono alla punta. L'elettrocardiogramma dimostrava un'alterazione delle coronarie. Durante la degenza in ospedale furono fatte circa cento misurazioni della pressione arteriosa. Si constatò così che durante le crisi di angina pectoris c'era una ipertensione parossistica (da 140-170 la pressione saliva per poco, un quarto d'ora circa, a 210-250). Contemporaneamente c'era aumento della glicemia (da 0,91-1,01 saliva anche a 1,70 ‰).

Era l'angor che provocava l'ipertensione o viceversa?

L'aumento della glicemia permette di comprendere meglio il meccanismo delle crisi parossistiche: verificandosi lo stesso fenomeno per effetto di iniezioni di adrenalina, è logico pensare che in questo caso ci fossero scariche di secrezione delle surrenali. Venuto a morte il paziente per insufficienza cardiaca, si trovò colpita da tubercolosi caseosa la surrenale sinistra.

In questo caso la tubercolosi surrenale si è comportata come un tumore delle surrenali. Bisogna ammettere che la tubercolosi surrenale possa determinare delle fasi di eccitazione ghiandolare. La loro breve durata le fa per lo più passare inosservate. Queste fasi di eccitazione surrenale si possono avere solo in caso di tubercolosi di una sola surrenale; se sono colpite tutt'e due (come spesso succede) le crisi ipertensive mancano per mancanza di tessuto surrenale capace di reagire.

Gli stessi AA. hanno osservato un caso di donna obesa in cui la diagnosi era dubbia fra m. di Cushing e adenoma corticosurrenale, in cui c'era tubercolosi bilaterale surrenale, ma a focolai, con zone di tessuto surrenale sano. Anche in questo caso l'ipertensione si deve attribuire ad un'iperfunzione da irritazione infiammatoria delle surrenali. In questo caso coesisteva ipotrofia tiroidea che spiegava l'obesità. L.

La tubercolosi muscolare.

B. Rossi (*Annali italiani di chirurgia*, fasc. XI-XII, 1938) osserva che l'inoculazione diretta di bacilli di Koch nello spessore del muscolo della cavia e del coniglio provoca la formazione di raccolte ascessuali in cui, pur comparendo cellule epiteliodi, non si notano cellule giganti.

Coll'iniezione endoventricolare non si può dimostrare una sicura localizzazione del bacillo di Koch sia nei muscoli di animali sani, sia in quelli di animali tenuti in carenza di vitamina B, sia nei muscoli traumatizzati, sia in quelli di animali enervati. Nell'inoculazione endoarteriosa si hanno invece quadri tipici con la comparsa in 30ª giornata di cellule giganti di Langhans. Nel miocardio non si ottengono invece lesioni specifiche nè per inoculazione diretta nè per trasporto ematogeno.

FOJANINI.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare mediante la collasso-terapia.

La collasso-terapia chirurgica, come trattamento della tbc. polmonare può essere realizzata mediante molti metodi, l'applicazione dei quali se da una parte dipende dalla sua indicazione è anche in stretta relazione alla tecnica preferita dal chirurgo.

C. Leonte e M. Nasta (*Revista de Chirurgie*, n. 11-12, 1938) passano in rassegna i vari metodi soffermandosi in particolare maniera sulle toracoplastiche limitate e sul pneumotorace extrapleurico. Attualmente infatti le toracoplastiche estese ottenute mediante un'ampia resezione costale perdono terreno sia per i pericoli immediati post-operatori (asfissia) che dal lato estetico (torace retratto, deformato, con scoliosi della colonna dorsale) mentre la loro indicazione rimane per certe complicazioni pleuriche suppurate della tbc. polmonare.

Le toracoplastiche circoscritte e limitate alla regione apicale ed effettuate in più tempi sono preferite dagli AA. e dalla maggior parte dei chirurgi sia perchè realizzano le condizioni ottimali di collasso sia perchè riducono la mortalità al 2,5 %.

Gli AA. credono che le toracoplastiche, tanto quelle per indicazione polmonare che quelle per complicanze pleuriche, possono essere standardizzate, iniziando sempre con una toracoplastica dell'apice, perchè essa è più facilmente tollerata dal paziente e meno shockante.

Gli AA. hanno praticato in 12 individui il pneumotorace extrapleurico con 0 % di mortalità e suppurazione: questi risultati hanno una grande importanza nei confronti delle statistiche di altri AA. che hanno sempre avuto a lamentare degli inconvenienti, quali le suppurazioni post-operatorie e l'apertura del cavo pleurico. SIMONETTI.

Contributo alla vaccinoterapia antitubercolare con anatubercolina Petragnani in un unico tempo.

M. Verde (*Pediatria*, n. 3, marzo 1939) ha iniziato da circa un anno, nella R. Clinica Pediatrica di Napoli, la vaccinoprofilassi con anatubercolina Petragnani.

Dopo aver sottoposto 58 soggetti prescelti ad una Mantoux con anatubercolina diagnostica, l'A. ha vaccinato i bambini, nei quali la intradermoreazione risultava negativa, con la seguente tecnica: previa disinfezione della pelle

con alcool e poi lavaggio con acqua sterile, nella faccia palmare dell'avambraccio sinistro — riservando il destro alle prove allergiche —, ha praticato agli angoli di un quadrilatero quattro iniezioni intradermiche introducendo in toto da 0,50 a 0,80 di anavaccino.

Riferendosi a 25 soggetti in cui è comparsa l'allergia tubercolare, l'A. fa su di essi alcuni primi rilievi ed afferma quanto già fu rilevato da Salvioli ed Auricchio, che cioè l'anatubercolina integrale Petragnani è sfornita di tossicità primaria ed è capace, introdotta per via intradermica nel neonato e nei bambini di 1ª, 2ª e 3ª infanzia indenni, di provocare una allergia intensa. S. F.

Risultato terminale di un progetto di scoperta di casi di tubercolosi.

J. B. Novak e e J. S. Kruglick (*Tre Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 12 aprile 1939) ritengono che con esami sistematici e prove sistematiche si possono scoprire il 100 % dei casi di tubercolosi. Certamente questi accurati accertamenti diagnostici hanno diminuito il numero dei malati e quello dei morti, perchè permettono di scoprire casi di tubercolosi ignorata e che si sarebbe svelata solo molto tempo dopo.

Dal 1935 al 1936 nelle scuole superiori di Chicago e dintorni essi scoprirono 65 casi di tubercolosi. Riveduti questi malati nel 1937 e 1938 si constatarono risultati sorprendenti perchè la mortalità era stata alta e più forte nei casi incipienti che in quelli più avanzati. 7 (10,85 %) erano morti, in 3-5 anni e solo 1 (5 %) riguardava forme di tubercolosi avanzata (che erano 20) mentre 6 (13-33 %) riguardavano le forme incipienti (che erano 45).

La ragione si deve ricercare nella terapia. Mentre nelle forme incipienti una terapia attiva fu istituita solo nel 49,11 % dei casi, nelle forme più avanzate questo fu fatto nel 95 % dei casi.

Il medico deve quindi energicamente intervenire fin dall'inizio con terapia attiva, il che spesso non fa per non intimorire il malato.

Gli AA. richiamano l'attenzione sui casi con cutireazione positiva alla tubercolina e radiografia toracica normale. In un gruppo di casi simili essi ebbero poi due morti per tubercolosi. Questo gruppo va quindi strettamente sorvegliato con radiogrammi fatti periodicamente. L.

IGIENE

La disinfezione delle fragole.

La fragola, per la brevità del suo fusto, è esposta a grossolani inquinamenti da parte di liquami, talora di provenienza umana, con cui si concimano o si innaffiano le piantine. Oltre a ciò, quando sono colte e maneggiate, vanno soggette ad ulteriori inquinamenti. Dal punto di vista della trasmissione delle malattie infettive, esse possono quindi presentare un pericolo non lieve, tanto più che per la loro delicatezza e facile deteriorabilità, non possono essere assoggettate a trattamenti di pulizia e di disinfezione troppo grossolani, sicchè l'eventuale infettività si mantiene fino al consumo.

Tenuto conto della consuetudine di mangiare le fragole condite con vino o con succo di limone, R. Vendramini (*Giorn. di batt. e immun.*, maggio 1939) ha saggiato il potere battericida di alcuni vini italiani sulle fragole artificialmente inquinate con bacilli del tifo, cioè con il germe più temibile nella fattispecie. La sicura sterilizzazione si ottiene con un soggiorno di due ore e mezza con i vini e con il succo di limone; i risultati migliori si hanno con i tipi spumanti (Asti spumante). Tenuto conto che l'inquinamento delle fragole non è mai in pratica così forte come quello sperimentale, si può ritenere che il tempo di sterilizzazione possa ridursi alquanto, ma non di molto. Con l'acido cloridrico all'1 %, quale viene consigliato per la disinfezione delle verdure in genere, già dopo 30 minuti, non si ha più traccia dell'inquinamento; tale lavaggio seguìto da una rapida risciacquatura in acqua pura, non modifica sensibilmente il sapore, tutt'al più dando un lieve sapore acidulo assai gradito.

È da osservarsi che, in pratica, la quantità di vino che si aggiunge è certamente assai più scarsa di quella con cui ha sperimentato l'A. ed è quindi da dubitarsi che si possa raggiungere l'uccisione dei germi patogeni, anche tenendo conto della tenuità dell'inquinamento, tanto più che un soggiorno di un paio d'ore nel vino tenderà a ridurre la fragole in poltiglia. D'altra parte, non ostante che la possibilità di una trasmissione della tifoide per mezzo delle fragole appaia perfettamente verisimile, non mi risulta che sia mai stata dimostrata, come si è fatto invece per altri veicoli del germe. Può darsi che non siano estranee delle influenze stagionali sull'attecchimento del germe del tifo nell'organismo, che si fa più facilmente in stagione più inoltrata di quella in cui vengono a maturazione le fragole. Comunque, è bene tener presenti i risultati ottenuti dall'A. ed aver cura anzitutto di non consumare fragole del commercio piuttosto disfatte; quando esse si trovano in buone condizioni di edibilità, una buona lavatura in acqua fresca, seguìta da una risciacquatura serve bene ad allontanare il terriccio e buona parte delle impurità. *fil.*

LABORATORIO

Sierodiagnosi di Wright e malaria.

G. Scotti (*Archivio Italiano di Scienze Mediche Coloniali e di Parassitologia*, marzo 1939), avendo osservato una reazione di Wright (agglutinazione di ceppi di brucella) positiva in un soggetto sicuramente malarico ed e-

sente in modo assoluto da infezione melitense o paramelitense, ha voluto studiare il comportamento di tale sierodiagnosi in un gruppo di malarici per stabilire se e con quale frequenza si verifichino agglutinazioni aspecifiche delle brucelle da parte dei sieri malarici.

Le prove agglutinanti furono eseguite su 100 sieri di individui malarici, esenti da infezione brucellare, alle diluizioni di 1:100, 1:200, 1:400, 1:800; erano considerate positive le provette in cui i germi erano depositati nel fondo ed il liquido soprastante era divenuto limpido. L'A. fu subito colpito dalla qualità dell'agglutinazione, in quanto i germi non si riunivano in bei fiocchetti, di varia grandezza, come di solito si osservano nelle tipiche agglutinazioni specifiche, ma formavano un deposito polverulento che, agitando le provettine, facilmente si ridisperdeva uniformemente nel liquido, sicchè si aveva l'impressione più di una sedimentazione che di una vera agglutinazione. Questo tipo di agglutinazione è stato da altri Autori riscontrato specialmente per le forme di brucelle in fase R.

Esaminando i risultati delle ricerche dell'A. si rileva che una discreta percentuale di sieri malarici ha esercitato un'azione agglutinante specialmente verso quei ceppi di Brucella melitense dimostratisi in fase R.; gli stessi ceppi invece non sono mai stati agglutinati da sieri di individui sani o affetti da altre malattie.

Si deve perciò ritenere, secondo l'A., che nel siero di molti malarici è contenuto un quid agglutinante le brucelle, quid che non esiste nel siero di individui sani ed in quello di altri malati. Questa nozione è importante dal punto di vista pratico perchè impone di essere molto cauti nel valutare le agglutinazioni positive verso le brucelle quando il siero in esame appartiene ad un malarico.

F. Tosti.

MEDICINA SCIENTIFICA

Glucosio, vitamine B e C e cardiopatie.

Puzzolo G. (*Giornale medico dell'Alto Adige*, agosto 1938) studia nei cardiopatici il ricambio glicidico sotto l'azione dell'insulina (dieci unità sotto cute) della Vitamina B_1 (10 compresse per os. di Betabiom) e dell'acido ascorbico (milligr. 300 per os.), riscontrando una sicura azione ipoglicemizzante da parte della B_1 e sopratutto dell'acido ascorbico, il quale avrebbe nel tasso glicemico dato un abbassamento pari alle 10 unità di insulina.

Completa poi lo studio con un'indagine clinica in 6 casi di miocardosi nei quali venne instaurato un trattamento con glucosio ed acido ascorbico; i risultati ottenuti sono stati piuttosto favorevoli.

A. Bauce.

VARIA

Elettrocoagulazione delle tonsille eseguita da un chiropratico previa anestesia.

Il *Journal of the American Medical Association* del 31 dicembre 1938 riferisce, con diversi particolari, lo svolgimento di un processo per esercizio abusivo della medicina.

Un chiropratico, certo Joyner, si rivolge in appello alla Suprema Corte del Mississipi perchè condannato per aver praticato l'esercizio della medicina senza licenza.

La *chiropratica*, dice la Corte, può essere in generale definita come una filosofia, una scienza e un'arte che cerca di rimuovere le cause delle malattie e di altri patimenti dell'organismo mettendo a posto, per mezzo delle mani, le articolazioni della colonna vertebrale.

Joyner, dietro compenso, ha eseguito l'elettrocoaugulazione delle tonsille mediante un ago infissovi e previa l'applicazione locale di un liquido che la Corte stabilisce essere evidentemente un anestetico, sebbene il suo vero uso venga negato, poichè il Joyner asserisce che il liquido era semplicemente un « aiuto della natura » e lo definisce un antisettico germicida naturale non velenoso, efficace anche contro l'indigestione, l'avvelenamento ptomainico, le ferite, ecc. Usare un anestetico costituisce una pratica medica e infatti rientra nella definizione che di essa ne dà il Codice del 1930, fare dell'elettrocoagulazione significa mettere in opera un metodo di cura adottato sia dai medici che dai chirurgi; quindi il giudizio di condanna viene affermato anche dalla Suprema Corte, quantunque il Joyner abbia compiuto un regolare corso di studi presso la *Scuola Nazionale di Chiropratica* (National School of Chiropratic) e possegga regolare licenza per l'esercizio di quest'arte.

M. Rastelli.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

F. Valtorta. *Autoprovocazione d'aborto*. Stab. Tip. Jovene, Napoli, 1939.

I. Perez Lorie. *Proceder manual para la reduccion de las fracturas cabalgadas del tercio inferior del antebrazo en la infancia*. Imprenta La Propagandista, La Habana, 1938.

F. Di Pace. *Cura dell'idrocele essenziale con la iniezione endovaginalica di soluzione acquosa di acido picrico*. Tip. Minerva Medica, Torino, 1939.

C. Cantieri. *Setticemia venosa*. Arti Grafiche, Perugia, 1938.

Bracci, Torsi e N. Ciampi. *Studio sui portatori di bacilli difterici e sui ceppi di bacilli difterici da essi isolati*. Ed. Minerva Medica, Torino, 1939.

M. R. Castex, G. Mazzei y G. Remolar. *El diagnostico de las bronquiectasias congenitas por agenesia alveolar*. Tip. A. Buffarini, Buenos-Aires, 1938.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

La tariffa nazionale dei medici - Casse assistenziali per i professionisti - I compiti delle ostetriche.

Al Ministero delle Corporazioni, sotto la presidenza del cons. naz. Gray si è riunita, il 22 giugno, la Corporazione delle Professioni e delle Arti.

La Corporazione ha abolito la distinzione esistente nella tariffa nazionale dei medici fra medico generico e medico generico di alta fama.

La Corporazione ha fatto voti perchè i professionisti, che attualmente ne sono sprovvisti, vadano a crearsi separate casse assistenziali destinate a tramutarsi in seguito in previdenziali.

In base alle apposite relazioni presentate, ed in pieno accordo con i Ministeri degli Interni e della Educazione nazionale, è stato approvato uno schema di Regio Decreto che stabilisce le mansioni di competenza delle infermiere professionali e degli infermieri generici, nonchè lo schema di regolamento per l'esercizio professionale delle ostetriche. In applicazione di queste norme regolamentari l'ostetrica, oltre al compito specifico dell'assistenza alla gestante, al parto, al puerperio normale e al neonato, avrà quello di vigilatrice della madre e del bambino, che assolverà nel campo dell'assistenza sociale alla dipendenza dell'Ente nazionale Maternità e Infanzia o di altro ente. L'importanza dei compiti sanitari e sociali e la elevazione data alla sua attività imporranno conseguentemente alla ostetrica l'obbligo di tenere aggiornata la sua cultura professionale.

In funzione di vigilatrice della madre e del bambino, l'ostetrica coadiuverà i sanitari nell'assistenza domiciliare per la maternità e per l'infanzia fino al terzo anno di età; attenderà alla diffusione e all'attuazione delle norme pratiche di igiene materna e infantile; segnalerà i casi di indigenza; le eventuali deficienze e i bisogni accertati per le necessarie provvidenze assistenziali. Oltre a quanto è specificamente prescritto per l'assistenza alle gestanti, alle partorienti e alle puerpere l'ostetrica potrà praticare quanto è consentito dalle disposizioni in vigore alle infermiere generiche, in possesso della licenza di cui all'articolo 140 del Testo Unico delle Leggi sanitarie o dell'attestato di abilitazione conseguito a norma dell'articolo 6 della legge 23 giugno 1927 numero 1264.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RICHIESTA DI MEDICI PER LE COLONIE

BENGASI. — L'Ispettorato di Sanità Pubblica di Bengasi ha richiesto d'urgenza al Sindacato cinque medici per i villaggi colonia: Baracca, Maddalena, Oberdan, Soluch, e Agedabia. Le residenze non sono affatto disagiate e sono collegate, con mezzi rapidi di comunicazione, a Bengasi. Stipendio mensile L. 2500 nette, più viaggio in prima classe di andata e ritorno da Siracusa. Il contratto sarà rinnovato mese per mese.

PISA. *Consorzio prov. antituberc.* — Direttore della Sezione dispensariale di Pontedera; scad. 15 luglio, ore 18; L. 7000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1500 indenn. carica; età limite 40 anni al 15 aprile.

Chirurgo direttore ospedale di provincia desideroso trasferirsi in città per ragioni di famiglia, cerca posto come chirurgo residente presso clinica, casa di cura privata od ambulanza, disposto anche associarsi colleghi per qualunque forma di collaborazione e cointeressenza.

Scrivere: Sig. Bini, via 27 aprile 14, Firenze.

Posti di studio.

R. Università degli Studi di Firenze.

Borsa di studio « Carlo Comba ». — Concorso per titoli per l'assegnazione della borsa di studio biennale per l'ammontare di L. 3500 annue, intitolata al nome di Carlo Comba, da conferirsi ad un giovane laureato in medicina e chirurgia che intenda perfezionarsi negli studi pediatrici, presso la Clinica pediatrica medica di Firenze. Scadenza: 15 settembre 1939-XVII.

Posti di studio « Leopoldo Tacchini ». — Concorso per esame per due borse di studio di L. 11 mila ciascuna da conferirsi a giovani laureati in medicina e chirurgia, presso le università di Firenze, da non più di due anni, per andare a perfezionarsi nelle Università od ospedali di Parigi o di Vienna, o in altri Istituti esteri di riconosciuta fama. Scadenza: 1° ottobre 1939-XVII.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il Comitato della Fondazione « Léon Bernard » per opere di medicina sociale nel campo pratico, ha assegnato il premo del 1939 al dott. W. A. Sawyer, direttore della Divisione internazionale d'igiene della Fondazione Rockefeller. Il premio consiste in una medaglia di bronzo e nella somma di 1000 franchi svizzeri.

Su proposta del Duce con « motu proprio » Sovrano, il prof. Luigi Turano dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Roma è stato nominato grand'ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Giuseppe Ajello è incaricato dell'insegnamento di malattie del lavoro nella R. Università di Modena. Rallegramenti cordiali.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Il dott. Walter Bega, ufficiale medico, nativo di Crevalcuore, è stato insignito di medaglia d'argento al valor militare con la seguente motivazione.

« Ufficiale medico di rare virtù militari. Nell'azione eseguita dal battaglione per la conquista della quota 311 a nord di Cucull, precedeva il battaglione stesso, partecipando brillantemente nell'ardita esplorazione ed all'assalto per la conquista della quota stessa. Ferito di scheggia di granata alla testa, rimaneva sul campo, rifiutando di essere trasportato all'Ospedale. Fulgido esempio di ardimento e di valore. Fronte di Catalogna 23 dicembre 1938--26 gennaio 1939 ».

NOTIZIE DIVERSE

Riunione del Consiglio delle Assise italiane di medicina e chirurgia.

Nella sede della Confederazione fascista professionisti e artisti, sotto la presidenza del senatore prof. Raffaele Bastianelli, Commissario nazionale del Sindacato fascista dei medici, si sono riuniti il Consiglio direttivo delle Assise Italiane di medicina e chirurgia generale ed il Comitato di redazione del giornale « Le Forze Sanitarie ».

Erano presenti i professori Petragnani, Paolucci, Busi, Spolverini, Frugoni, Zoja, Alessandrini, Arcangeli, Bellucci, Bompiani, Fasiani, Ferrata, Caronia, Cerletti, Pieri, De Vecchis, Ferreri, Gaifami, Galli, Lucherini, Margarucci, Solieri, Meineri, Mingazzini, Pontano, Redaelli, Rossi, Carpi.

Il senatore Bastianelli ha illustrato i criteri informatori della funzione culturale del Sindacato fascista dei medici di cui le assise generali di medicina e chirurgia e le « Forze Sanitarie » sono la espressione tra le più importanti.

Egli ha ancora una volta sostenuta la necessità che i maestri della medicina, gli insegnanti di clinica, i primari ospedalieri seguitino a tenersi a vivo contatto con tutti i medici, specialmente rurali e comunque lontani dai centri di studio, affinchè la loro cultura sia sempre aggiornata ai progressi della scienza per il bene delle vite umane affidate alle loro cure.

Il Consigliere nazionale prof. Federico Bocchetti ha esposto quanto finora è stato fatto e quanto si farà nel futuro, qualora non manchi la richiesta ed ambita collaborazione dei clinici e degli ospedalieri.

Alla discussione hanno preso parte tutti i clinici e i primari ospedalieri presenti e si è concluso di dare alle Assisi Generali di medicina e chirurgia il più ampio ed intenso sviluppo allo scopo di interessare direttamente tutti i medici d'Italia.

Alla fine per invito del sen. Bastianelli i presenti hanno rivolto un pensiero di devozione al Duce che ha dato mezzi e potenziamento alla scienza e ha esaltato i valori culturali, morali e spirituali della Nazione.

2ª Conferenza internazionale della sicurezza.

La 2ª Conferenza Internazionale della Sicurezza si terrà a Roma dal 23 al 30 ottobre prossimo (la prima ebbe luogo ad Amsterdam nel 1937).

L'organizzazione della importante riunione di studiosi e di tecnici, che si propongono di esaminare i problemi inerenti alla lotta contro gli infortuni e di mettere in evidenza i risultati acquisiti in tale campo dell'assistenza sociale, è stata affidata all'Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni, e procede alacremente.

E in vista di un auspicabile maggiore sviluppo della prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali, la conferenza si occuperà anche della preparazione di una conferenza generale della sicurezza che si terrà a Roma durante l'Esposizione Universale del '42.

Ai lavori preparatori della Conferenza, per la quale è stato istituito un apposito Comitato esecutivo, partecipano naturalmente altri enti italiani, particolarmente competenti in materia e organizzazioni similari estere, che provvedono a raccogliere nei paesi di loro competenza tutto il materiale e le notizie utili ai lavori della Conferenza.

Le principali sezioni in cui sono stati divisi i lavori della Conferenza, e che tratteranno ciascuna un programma definito, sono: Organizzazione della Prevenzione Infortuni, Tutela sanitaria e igienica del lavoro, Propaganda per la prevenzione agli infortuni, Statistica, Mostre e Musei della Sicurezza. Si prevede, fin d'ora una larghissima partecipazione di delegazioni estere e di Enti italiani a questa importante manifestazione di attività sociale e umanitaria.

Quote d'iscrizione: per i singoli L. 100, per Enti ed Associazioni L. 200. Segreteria: via Sallustiana 58, Roma.

Congresso nazionale di di ostetricia e ginecologia.

Avrà luogo a Torino nei giorni 15, 16, 17 e 18 ottobre 1939-XVII. Presidente del Comitato ordinatore è il prof. E. Cova.

Il programma scientifico è il seguente:

1ª Relazione: « I sintomi ginecologici di processi morbosi extragenitali » (prof. Vozza). 2ª Relazione: « La terapia ormonica ovarica in ostetricia e ginecologia » (prof. Maurizio).

Saranno poi svolti i temi seguenti: *A*) « Radiologia ostetrica e ginecologica » (prof. Bortini, prof. Quinto, prof. Robecchi); *B*) « Il parto indolore (prof. Dallera); *C*) « I danni ginecologici delle pratiche anticoncezionali » (prof. Clivio).

I soci possono presentare due comunicazioni, preferibilmente sul tema di relazione, e possono iscriversi fin d'ora.

Si ricorda che il premio « Guzzoni degli Ancarani » di lire 2500, riservato ai soci della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia che non siano professori titolari nè liberi docenti, verrà preferibilmente assegnato nel 1939 ai lavori attinenti ai temi di relazione.

Possono essere aderenti al Congresso i soci delle Società regionali, come qualsiasi medico. La quota di adesione è fissata in L. 60 e L. 30 per i famigliari. Essa va inviata al Comitato Ordinatore del Congresso, Regia Clinica Ostetrica e Ginecologica, via Ventimiglia, Torino.

Gli aderenti medici possono partecipare alla discussione, e presentare una comunicazione. Avranno diritto ad una copia del volume degli Atti.

I titoli delle comunicazioni vanno inviati al più presto; e comunque entro il 15 settembre p. v. al Comitato.

Chi desidera diventare socio prima del Congresso deve fare domanda alla Presidenza della Società, Torino, Regia Clinica Ostetrica e Ginecologica, indicando i titoli posseduti nelle specialità.

A tutti i Soci nazionali e regionali, come a tutti gli aderenti che spediranno a tempo l'adesione, il Comitato Ordinatore del Congresso invierà entro il 10 ottobre il programma definitivo, tessere di riduzione ferroviaria, alberghiera, ecc.

Convegno regionale di medicina rurale.

A conclusione del corso di lezioni di medicina rurale, che si è andato svolgendo nel corrente anno, a cura dell'Accademia Medica Pistoiese « Filippo Pacini » presieduta dal prof. Collatino Cantieri, sarà tenuto il 16 luglio prossimo in

Pistoia un Convegno regionale di medicina rurale.

I medici universitari, ospitalieri, di amministrazioni provinciali, di enti assicurativi e mutualistici, liberi esercenti e condotti, sono invitati a portare il contributo del loro studio e della loro esperienza sui diversi argomenti che si riferiscono alla medicina rurale.

Il convegno si aprirà in Pistoia alle ore 9,30 del 16 luglio in una sala del Palazzo Comunale con una relazione del prof. Enrico Greppi, direttore della Clinica Medica della R. Università di Firenze, sul tema: «Le dispepsie dei rurali». Dopo la discussione seguiranno le comunicazioni.

Alle ore 13 colazione, dopo di che gl' intervenuti visiteranno la Valdinievole e il giardino di Collodi e sosteranno poi a Pescia, dove, in una sala del Palazzo Comunale (g. c.), continueranno i lavori, che si chiuderanno con un ricevimento gentilmente offerto dal Comune di Pescia.

La colazione e gli automezzi sono gentilmente offerti dall'Ente Provinciale per il Turismo col concorso del Comune di Pistoia.

Per ragioni organizzative i colleghi che interveranno sono pregati rimandare non oltre il 10 luglio l'adesione e di notificare il titolo di eventuali comunicazioni.

Altri convegni e congressi.

Il 2° « Convegno internazionale del mare » si terrà a Liegi dal 30 luglio al 2 agosto; la 6ª sezione riguarderà la medicina, la balneologia e l'idroterapia; vi saranno fatte comunicazioni da Gravensen (Danimarca), Van Breemen (Olanda), Gunzburg (Belgio), Piory, Malhaud, Enselme, D'Halluin (Francia). Il prof. Rodhain, direttore della Scuola di medicina tropicale di Bruxelles, terrà una conferenza sul tema: « La scomparsa della malaria, in rapporto con l'eliminazione delle acque marine dall'interno delle terre a polder ». Segretario generale: Van Hal, Administration de la Marine, rue de la Loi 90, Bruxelles, Belgio.

La Società italiana di radiologia medica ha decretato Siena quale sede del futuro Congresso nazionale di radioterapia affidandone la presidenza al prof. Adelchi Salotti, direttore dell'Istituto radiologico del Policlinico universitario di Siena.

Al Congresso parteciperanno studiosi di tutta Italia e anche dell'estero.

Per l'organizzazione della lotta contro il tracoma in Tripolitania.

Il Presidente della Croce Rossa Italiana, sen. Cremonesi, accompagnato da una missione sanitaria, si è recato a Tripoli, su invito del Maresciallo Balbo, per concretare, in accordo col Governo Generale, l'organizzazione della lotta contro il tracoma, che colpisce sopratutto la popolazione mussulmana.

Il progetto, già sottoposto alle superiori approvazioni, prevede per il 28 ottobre prossimo la fondazione a Tripoli dell'Istituto del tracoma, cui farà capo il complesso dei relativi servizi, diramati in tutta la Libia occidentale, con totale di trenta ambulatori.

Il problema, che riveste una capitale importanza per la rigenerazione delle condizioni fisiche delle popolazioni libiche, viene così affrontato in modo radicale.

La missione sanitaria in Albania.

Il Segretario del Partito ha ricevuto il prof. Amedeo Perna, il quale gli ha riferito sull'opera svolta dalla Missione sanitaria odontoiatrica istituita dal P.N.F. per l'assistenza dell'infanzia.

Il Segretario del Partito si è vivamente compiaciuto col prof. Perna per i risultati ottenuti dalla Missione e in particolare per l'impianto di centri permanenti di cura ad Elbassan e a Coriza.

Per un controllo dei preparati sulfamidici in Francia.

Il deputato Saurin aveva richiamato l'attenzione del ministro della Sanità Publica di Francia sulla tossicità di alcuni derivati sulfamidici in vendita al pubblico, che avevano causato casi di morte, domandando di prendere le misure necessarie e cioè: 1° proibire la vendita dei prodotti tossici, che costituiscono per la nazione un grave danno sociale; 2° che in avvenire tutti gli esperimenti di nuovi prodotti siano fatti sempre su animali; 3° regolamentare o proibire definitivamente la vendita dei derivati sulfamidici sino a quando gli esperimenti sugli animali non avranno dato un esito favorevole.

Il ministro della Sanità Pubblica ha così risposto: L'Accademia di Medicina, investita della questione, in seguito ai voti formulati durante il Congresso di Medicina tendenti all'iscrizione dei derivati sulfamidici nell'elenco delle sostanze velenose; dopo avere considerato che i rapidi progressi raggiunti nell'evoluzione della chemioterapia hanno già permesso di sostituire i primi derivati sulfamidici (ai quali poterono essere attribuiti gli accidenti segnalati) con nuovi derivati, di maggiore innocuità, ha emesso il parere che sarebbe prematuro considerare l'iscrizione di questi prodotti nell'elenco delle sostanze velenose, e che, per l'applicazione delle leggi sull'esercizio della farmacia, ove è sancito il principio del controllo medico sulla vendita dei medicamenti, i competenti organi responsabili potranno reprimere anche tutti gli abusi constatati nella vendita al pubblico dei derivati sulfamidici a scopo terapeutico.

Lotta antitubercolare in Argentina.

In Argentina la Camera dei deputati ha approvato un progetto di legge per la creazione di un « Comitato nazionale della tubercolosi », incaricato dei problemi di profilassi e di assistenza: fondazione e funzionamento di ospedali, sanatori, colonie di vacanze, preventori e dispensari, laboratori e istituti di tisiologia; organizzazione di studi climatologici, di statistiche ecc.; assegnazione di sussidi e sovvenzioni a società di beneficienza ed a leghe antitubercolari. La Commissione sarà incaricata di studiare la possibilità di introdurre l'assicurazione nazionale contro la tubercolosi, destinata anche a finanziare l'attività del Comitato. Nell'attesa, questo disporrà di un credito provvisorio di circa due milioni di pesos (9 milioni di lire it.) sul bilancio nazionale.

L'Ordine dei medici nel Belgio.

Con decreto reale in data 23 maggio, pubblicato sul « Moniteur » del 4 giugno 1939, viene approvato il regolamento per l'applicazione della legge 25 luglio 1938, che istituiva nel Belgio l'Ordine dei medici. Tutti i medici esercenti devono

essere iscritti in un ordine, di cui, come regola, ne esiste uno in ogni provincia. I consigli degli ordini hanno compiti deontologici, disciplinari e rappresentativi. Sono istituiti consigli d'appello ed un consiglio superiore. Sono previsti gettoni di presenza, per indennizzare, ai membri dei consigli, il lavoro ed il tempo impiegati nell'attività sindacale.

Azioni giudiziarie.

Al Tribunale penale di Milano si è concluso, dopo tre udienze, un processo per contraffazione di specialità medicinali e frode in commercio. Nel settembre 1937 una nota ditta di Firenze era avvertita che si spacciava una sua diffusa specialità a prezzi inferiori a quelli da essa praticati. Eseguito un sequestro a Firenze, quindi un altro a Milano, si riscontrava che il prodotto era contraffatto nella confezione in modo quasi perfetto. Durante le ricerche veniva presentata denuncia da altra ditta di Milano, produttrice di altra diffusissima specialità, che pure era in commercio contraffatta: e di altra specialità inoltre si veniva a sorprendere la contraffazione mentre ancora non ne era stato iniziato il commercio. Al complesso delle indagini e dei sequestri compiuti su informazioni dell'Istituto per la tutela della proprietà industriale, seguì una lunga istruttoria, a seguito della quale furono deferiti al giudizio del Tribunale il dott. Carlo Fissore, medico condotto a Craveggia, Venanzio Foresti, farmacista a Bergamo e altre persone. Il Tribunale ha condannato il Fissore a 2 anni e 2 mesi e 3300 lire, ha pronunziato altre 6 condanne; ha assolto il Foresti, perchè i fatti addebitatigli non costituiscono reato, e altri 5 imputati.

Il seguente caso è occorso all'Eure, in Francia. Una donna che presentava delle verruche alle mani, si fece visitare da un medico, il quale decise di applicare i raggi X per mezz'ora; seguirono gravi scottature, che il medico trattò con pomata all'ossido di zinco; la guarigione fu accompagnata da forte retrazione della mano sinistra, che non poteva più essere usata. Dopo numerosi tentativi di cura, la donna intentò causa, chiedendo 100.000 franchi d'indennizzo. Il Tribunale rigettò la richiesta, perchè dalla prima applicazione erano trascorsi più di tre anni, limite stabilito per la prescrizione. La Corte d'Appello di Rouen ha giudicato, invece, che la prescrizione triennale è valida per le imputazioni penali; nel caso specifico, sussiste anche un'imputazione d'ordine civile, e per questa la prescrizione è trentennale. La Corte ha accordato un indennizzo di 10.000 franchi, che andranno agli eredi della paziente, poichè nel frattempo questa è deceduta.

Il dott. Gourdon, chirurgo del sanatorio di Kerpape (Lorient, Francia), ha intentato causa contro l'Unione mutualistica del Morbihan, da cui il sanatorio dipende, per licenziamento in tronco senza giustificato motivo. Il Tribunale Civile di Lorient gli ha riconosciuto il diritto a 400.000 franchi d'indennizzo.

Una signorina affetta da gozzo esoftalmico venne operata di tiroidectomia; seguì alterazione della voce, per lesione del ricorrente; ella ha intentato causa contro il chirurgo, il quale è stato assolto dal tribunale Civile della Senna, perchè la lesione rientra nei rischi dell'intervento. La parte agente è stata condannata alle spese.

La bambina undicenne Teresa Midali, che soffriva di gonilite túbercolare, fu ricoverata nell'Ospedale di Lodi per cambio dell'apparecchio gessato. Senonchè il primario di quell'Ospedale credette di operare la bambina di avulsione del perone ed incastro di esso fra i capi articolari del ginocchio. La bambina, che a quanto pare sarebbe stata operata in stato di seminarcosi, decedette nelle ventiquattro ore per shock operatorio.

Di qui un giudizio di danni proposto contro l'Ospedale e contro il chirurgo dal padre della piccola, il quale sostenne la colpa del chirurgo, sia perchè la bambina era stata sottoposta all'operazione, facendole affrontare il relativo rischio, senza l'autorizzazione del padre, sia perchè si sarebbe proceduto all'intervento nonostante che la Midali fosse semidesta. Il Tribunale di Milano aveva ammesso le prove sul consenso e sulle modalità del fatto, ma la Corte di Appello escluse ogni colpa nel chirurgo e respinse la domanda attrice.

Contro tale sentenza ricorse il Midali in Cassazione e al ricorso resistette il chirurgo. La causa è stata presa in esame alla 3ª Sezione Civile del Supremo Collegio.

Un po' dovunque.

La Sovrana si è recata, da Milano, a visitare il villaggio sanatoriale d'Adda a Trivulzio nella pineta di Osnago (Brianza), fondato nel 1909; a scopo benefico dai marchesi d'Adda, dai principi Trivulzio e poi proseguito dal senatore conte Febo Borromeo d'Adda.

Al Senato del Regno la Commissione dell'Economia corporativa e dell'autarchia ha preso in ampio esame ed approvato il disegno di legge che, in occasione del ventennale dei fasci, perfeziona le provvidenze assicurative obbligatorie; ha fatto voti che, nelle norme d'applicazione, si provveda al coordinamento e alla semplificazione dei servizi, al collegamento con le obbligazioni similari contenute in leggi precedenti e alla perequazione tra le varie categorie di assicurati; come pure perchè le previdenze deliberate abbiano la maggiore stabilità.

La Società tedesca per gli studi sulla razza ha tenuto la sua 10ª adunanza a Monaco; un resoconto sommario ne è dato in « Mediz. Welt » del 7 giugno.

La Società tedesca per la balneo- e la climatologia si è adunata a Vienna dal 23 al 26 marzo; un resoconto sommario ne è nella « Münch. Med. Woch » del 16 giugno.

Il Congresso della diuresi si è svolto a Vittel dal 27 al 29 maggio; un resoconto sommario ne è dato in « Paris Médical » del 17 giugno.

La Società napoletana di chirurgia si è adunata il 9 giugno sotto la presidenza del prof. L. Dominici, assistito dal segretario prof. L. Imperati. Sono state fatte comunicazioni da D. Rossi, G. Balica, F. Lanzillo, L. Bakunin.

La Sezione emiliana della Società italiana di gastro-enterologia si è adunata il 23 marzo e l'11 maggio, sotto la presidenza del prof. C. Gam-

berini. Nella prima seduta sono state fatte comunicazioni da: A. Businco, C. Gamberini, W. Melocchi, P. Rietti; nella seconda da: B. Bertiglio, W. Loi, A Possati, A. Monari, C. Gamberini.

Il prof. Felice Perussia, di Milano, ha tenuto a Cuneo, per invito di quella Sezione provinciale della Lega italiana per la lotta contro i tumori, una conferenza nella sede del Sindacato fascista dei medici, sulla radioterapia del cancro della bocca.

Il prof. P. Sisto, direttore dell'Istituto di Patologia Medica e Metodologia Clinica della R. Università di Torino è stato delegato dal Ministero dell'Educazione Nazionale a rappresentare ufficialmente l'Italia alle Giornate Mediche Belghe, indette a Liegi dal 24 al 28 giugno.

Il segretario dell'Accademia Medica Lombarda prof. Vito Massarotti, comunica che col 1° gennaio 1939-XVII la Società Lombarda di medicina, quella di chirurgia e quella di ostetricia hanno cessato di funzionare come Sezioni autonome e si sono fuse nell'attività dell'unico Ente, Accademia Medica Lombarda, con sede in Milano, piazza Duomo, 20. I periodici di dette Società vengono sostituiti dall'unica rivista « Atti dell'Accademia Medica Lombarda ».

È stato inaugurato a Roma in forma solenne, nella vasta biblioteca dell'I.R.C.E. a Villa Torlonia, l'Ente Italiano per gli Scambi Tecnico-Culturali con la Germania, che s'inquadra nel vasto movimento di collaborazione fra i due Paesi e s'inserisce nel grande Accordo firmato dai Ministri degli Esteri dei due Paesi.

Il 21 maggio nell'Istituto d'Igiene all'Università di Modena è stata scoperta una lapide in onore del prof. Arnaldo Maggiora-Vergano, professore emerito di quell'Ateneo e fondatore dell'Istituto.

Si è iniziata la pubblicazione della « Revue du paludisme et de médecine tropicale », con periodicità indeterminata, a cura del « Centre d'études sur la quinine »; direzione e redazione sono tenute dal dott. L. Sasportas. Il primo fascicolo reca la data del 15 maggio. Contiene una presentazione e materiale vario. Sede degli uffici: rue Sainte-Croix-de-la Bretonnière 36, Paris IVe; l'abbonamento annuo importa in Francia e colonie fr. 70; all'Estero fr. 90; un numero separato fr. 10.

Nell'Uruguay la Commissione direttiva della Federazione delle Società mediche ha deciso di fondare un'Accademia di Medicina, con sede a Montevideo: sarà un organismo autonomo, ma che rappresenterà la classe medica nazionale; contribuirà allo sviluppo della scienza medica ed ai rapporti culturali con le nazioni latino-americane.

Secondo una statistica dell'Associazione Medica Americana, nel 1938 gli ospedali (di tutte le specie) negli Stati Uniti hanno raggiunto il numero di 6166, con 1.161.380 letti e 56.747 culle; vi sono stati curati 9.421.075 malati e vi hanno visto la luce 1.026.771 nati vivi; il numero delle giornate di degenza è stato di 352.482.690; la media giornaliera dei letti occupati è stata di 963 mila 706. Negli ultimi dieci anni, mentre la popolazione è aumentata di 8,9 %, il numero degli ospedali è aumentato di 36,1, quello dei letti di 23,2 per gli ospedali generali, di 58,5 per gli ospedali psichiatrici, di 20,3 per i servizi tisiatrici.

Nel Belgio un decreto reale in data 8 febbraio ha approvato un regolamento generale sulle misure per la tutela sanitaria del personale addetto a intraprese industriali e commerciali, a servizi ed a stabilimenti pubblici; esso concerne la difesa contro le cause d'insalubrità e d'infortunio, la grandezza dei locali, l'aerazione, il riscaldamento, l'illuminazione, il vestiario, la pulizia, i refettori, l'assistenza medica in casi di malattie e d'infortuni, ecc.

Durante il mese di agosto avranno luogo scambi di studenti in medicina tra Bulgaria, Francia, Jugoslavia, Polonia, Ungheria ecc.

A Cuba un decreto, concernente gl'infortuni sul lavoro, stabilisce che i medici debbano essere retribuiti non già in base al numero delle loro prestazioni, ma in base alla natura degli infortuni; ai medici che favoriscono le frodi è tolto il diritto di trattare gl'infortunati.

Nell'Olanda si è costituito un Comitato per erigere una statua in memoria del dott. Anthonius Mathysen, medico pratico il quale ideò la fasciatura gessata pel trattamento delle fratture; questa invenzione venne fatta nel 1851, quando egli contava 46 anni. Nel 1876 essa gli valse la medaglia d'oro dell'Esposizione mondiale di Filadelfia.

Il 17° viaggio medico internazionale sulla Costa azzurra, organizzato dalla locale Società medica, si svolgerà come di consueto dal 26 dicembre al 2 gennaio, da e per Cannes; si faranno escursioni alle Alpi e un viaggio in Corsica. Rivolgersi allo: Office Climatique de la Société Médicale, rue Verdi 24, Nizza.

L'8 giugno si è inaugurato a Bruxelles il grandioso « Istituto Jules Bordet » per lo studio e la cura dei tumori, che costituisce il centro dell'Ospedale Brugman; consta di due ali ad 8 ed a 6 piani; può ospitare 161 malati; dispone di g. 6,4 di radium: una delle maggiori dotazioni.

Attraverso tre giudizi pronunziati dalla Pretura di Bologna, della Cassazione (su ricorso del Procuratore del Re) e dalla Pretura di Vergato, cui fu demandato il giudizio definitivo, una pescivendola di Bologna è stata condannata perchè spellava le rane vive senza prima decapitarle, a 120 lire di ammenda ed alle spese dei tre giudizi.

A causa di un sinistro automobilistico, presso Follonica, il dott. Carlo Maggi, assistente nella Clinica pediatrica di Siena, e il prof. Niccolò Provenzali, di Salerno, hanno riportato gravi lesioni mentre la moglie del Maggi è deceduta alcune ore dopo.

Il falso medico Imianitoff, capo di gabinetto del ministro del lavoro del Belgio, era riuscito a far condannare a 10.000 franchi di danni due giornali di Bruxelles, i quali lo avevano smascherato; ma poi ha messo in difficoltà il Governo, per lo scandalo derivatone. Ora egli è stato condannato dai Tribunali a 6 anni di carcere e a diverse ammende, per falsi, uso di falsi, provocazione di aborti, frodi e usurpazione di titoli.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Minerva Med., 24 febbr. — R. Balducci. Funzione esterna ed interna del pancreas negli ipertesi.

Med. Welt, 11 mar. — I. Amreich. Sintomi lontani sulle malattie ginecol. — W. Krainz. Dispnea laringea. — H. Schnetz. Ipovitaminosi nelle mal. diger.

Arch. It. di Anat. e Ist. pat., febbr. — G. Lelli. Modificazioni della tiroide negli stati neoplastici.

Paris Méd., 11 mar. — R. Grégoire. Embolia arteriosa degli arti.

Riv. Clin. Ped., mar. — C. Cocchi. Sindrome beriberica in bambini sardi.

Brit. Med. Journ., 11 mar. — R. Bastianelli. Dolori riflessi da malattie ossee. — E. H. Hudson. Cisti polmon. — G. L. S. Konstern e F. G. Word. Morbo di Pick.

Min. Med., 3 mar. — L. Gedda. Fenomeni vasomotori dell'infanzia e della pubertà.

Münch. Med. Woch., 10 mar. — W. Kikutt. Chemografia della malaria. — B. Kern. Elettrocardiogr. nel reumat. primitivam. cronico.

Rass. di Clin., Ter., ecc., genn.-febbr. — C. Mastrò. Surranesi per via orale nella lotta contro la malaria. Fratture ossee ed età.

Arch. di Patol. e Cl. Med., mar. — E. D'Abundo. Morte improvvisa o rapida. — A. Spinelli. Sindrome di Cruveilhier-Baumgarten, ecc. — V. Scala. Granuloma maligno.

Giorn. di Batter. e Immun., mar. — E. Cappelli. Pallidareazione in lebbrosi. — S. Scully. Proprietà antipneumococciche del siero normale di suino.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mar. — A. M. Pappenheimer. Lesioni nervose e muscolari nell'avitaminosi E. — P. Croizet e M. Picard. Pileflebiti croniche nella sindrome di Banti.

Indice alfabetico per materie.

Acido ascorbico: determinaz. nell'organismo . . . . Pag. 1203
Adenoidismo e tubercolosi . . . . » 1247
Arti: elefantiasi: cura chirurg. . . . » 1246
Bibliografia . . . . » 1240
Carciofo: azioni fisiolog. e terapeut. » 1237
Costituzione psichica nei primi mesi di vita: giudizio . . . . » 1245
Cronaca del movimento corporativo . » 1251
Cuore: scompenso cronico: roentgenterapia della tiroide . . . . » 1242
Diabetici: frazioni lipidiche del sangue sotto l'azione di acque cloruro-sodiche . . . . » 1219
Difteriti maligne: trattamento . . . » 1236
Epatite sierosa . . . . » 1246
Epatosplenomegalia tubercolare con anemia arigenerativa . . . . » 1247
Fragole: disinfezione . . . . » 1249
Glucosio, vitamine B e C e cardiopatie . . . . » 1250
Ipertensione parossistica e tubercolosi di surrenale . . . . » 1247
Isterectomia subtotale e sutura uterina post-cesarea: tecnica . . . . » 1226
Laringite ipoglottica subacuta di natura tubercolare . . . . » 1247
Leucemia: ricerche . . . . » 1242
Linfogranuloma inguinale: virus . . Pag. 1246
Magnesio: solfati di — per via parenterale: azione . . . . » 1238
Morbo di Addison: cura . . . . » 1240
Morte timica . . . . » 1246
Novocaina e processi infiammatori acuti circoscritti . . . . » 1242
Pelvi renale: colesteatoma . . . . » 1246
Polmone: cancro ed ascesso . . . . » 1246
Scottature: trattam con i raggi infrarossi . . . . » 1239
Sierodiagnosi di Wright e malaria . » 1250
Sifilide ereditaria: indicazioni della cura . . . . » 1235
Spirochetosi umana . . . . » 1242
Testicolo umano: vascolarizzazione . » 1245
Tetano in lattante a punto d'impianto su pustole vacciniche . . . . » 1228
Tiocianati: manifestazioni tossiche . » 1238
Tremori: diagnosi . . . . » 1230
Tubercolosi muscolare . . . . » 1248
Tubercolosi polm.: collassoterapia chirurgica . . . . » 1248
Tubercolosi: ricerca sistematica . . . » 1249
Unghie: alterazioni: significato diagnostico e prognostico . . . . » 1232
Vaccinoterapia antitubercolare con anatubercolina Petragnani, in unico tempo . . . . » 1248

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 10 Luglio 1939 - XVII — Num. 28

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Pisacane: Ricerche sierologiche su ammalati sottoposti a terapia paraminofenilsulfamidica.
Note e contributi: A. Faraone: Sui rapporti tra psicastenia ed epilessia: epilessia psicastenica.
Osservazioni cliniche: C. Mona: Aneurisma traumatico della poplitea.
Storia della medicina: G. Alberti: Umanesimo critico e umorismo di Lazzaro Spallanzani.
Sunti e rassegne: Endocrinologia: A. A. Werner: Il climaterio maschile. — S. C. Mussio-Fournier, I. Morati-Manaro e A. Albrieux: L'azione locale degli ormoni. — CUORE E CIRCOLAZIONE: R. Robinson, A. W. Contratto e S. A. Levine: La derivazione precordiale. — B. A. Houssay, E. B. Menendez, I. C. Fasciolo e A. C. Taquini: L'azione ipertensiva del rene ischemizzato. — M. Austoni: La moderna terapia delle malattie arteriose obliterative periferiche. La terapia fisica degli esercizi vascolari passivi. — A. Stoll: Il (K) - strofantoside. — INFEZIONI: R. Dujarric de la Rivière e J. Chevé: Nozioni nuove sull'etiologia dell'influenza. — A. T. Wilson, A. H. Spreen, M. L. Cooper, F. E. Stevenson, G. E. Cullin e A. G. Mitchell: Sulfapiridina nella cura della polmonite dell'infanzia e dell'adolescenza.
Biografie.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Il IV Congresso Internazionale di Patologia comparata.
Appunti per il medico pratico: Osservazioni gastroscopiche nell'anemia perniciosa. — Gastrite di nicotina. — La duodenite. — Etiologia della colite ulcerosa. — Stati di avitaminosi C o di ipovitaminosi C per disturbi dell'apparato digerente. — Gli estratti di fegato nella colite ulcerativa idiopatica. — Il trattamento della dispepsia e dell'ulcera duodenale con olio di oliva. — Azione delle banane sulla flora intestinale. — Regolazione glicemica dopo operazioni nello stomaco. — Il trattamento delle appendiciti perforate con peritonite. — La terapia dell'asma di origine digestiva. — Il trattamento delle afte recidivanti della bocca. — MEDICINA SCIENTIFICA: L'agglutinazione di corpuscoli virus simili ottenuti da essudati di reumatismo articolare acuto. — VARIA.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse. — Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Clinica Dermosifilopatica della R Università di Messina
Direttore: Prof. M. MONACELLI.

Ricerche sierologiche su ammalati sottoposti a terapia paraminofenilsulfamidica

per il prof. C. PISACANE, aiuto e docente.

Nel corso di alcune ricerche collaterali sull'azione della para-aminofenilsulfamide nell'infezione gonococcica (ricerche sulla crasi sanguigna, sulla funzionalità renale, sulla riserva alcalina, sulla spermatogenesi, ecc.), un ordine di fatti osservati richiamò la nostra attenzione, e cioè la possibilità di un'azione da parte della paramminofenilsulfamide sulle reazioni sierologiche di uso corrente per l'accertamento siero-diagnostico della lue. Difatti in alcune ammalate ricoverate in sala celtica per blenorragia, notammo in seguito a trattamento con Streptosil delle modificazioni sierologiche, che ci parve interessante seguire, tanto più che nella copiosa letteratura ormai esistente sull'uso di detti composti nessun accenno trovammo a riguardo.

Per meglio valutare e considerare i risultati ottenuti, esporrò schematicamente i dati che più ci interessano nei vari casi studiati, divisi in due gruppi:

1) soggetti probabilmente non luetici;
2) luetici, di cui alcuni con lue latente.

1° GRUPPO

CASO I. — M. Maria, di anni 17. Entra in sala celtica per la prima volta il 2 settembre 1938 per uretro-cervicite gonococcica.

Non risulta lue: esame clinico negativo.

Il 5 settembre 1938: R. W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Dal 12 al 20 settembre viene sottoposta a trattamento con Streptosil per os — alla dose di 9 compresse al dì.

Il 22 settembre: R.W. + + + Citochol — — — M.K.R. + + —.

Il 30 settembre: R.W. + — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Il 7 ottobre: R.W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

CASO II. — C. Carmela di anni 30. Entra in sala celtica per la prima volta il 4 settembre 1938 per cervicite gonococcica. Nega precedenti per lue. Esame clinico negativo.

All'ingresso in sala: R.W. — — — Citochol — — — M. K. R. — — —.

Dal 12 al 20 settembre viene sottoposta a trattamento con Streptosil, alla dose di 9 compresse al dì.

Il 22 settembre: R. W. + + — Citoch. — — — M.K.R. + — —.

Il 30 settembre: R. W. + — — Citoch. — — — M.K.R. — — —.

Il 7 ottobre: R.W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

CASO III. — O. Santa, di anni 16. Entra in Sala per la prima volta il 30 agosto 1938, per vaginite e cervicite gonococcica. Non risulta luetica: esame clinico negativo.

All'ingresso in sala: R.W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Dal 13 al 20 settembre sottoposta a trattamento con Streptosil (9 compresse al dì).

Il 23 settembre: R.W. + + + Citoch. + — — M.K.R. + + —.

Il 30 settembre: R.W. + + — Citoch. — — — M.K.R. + — —.

Il 7 ottobre: R.W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Viene dimessa guarita clinicamente della forma gonococcica il 20 ottobre.

Rientra in sala il 20 novembre: in detta epoca presenta sul piccolo labbro di sinistra degli elementi a contorno policiclico, con alone periferico eritematoso, che ci fanno porre la diagnosi di erpes genitalis. In una zona viciniore per la confluenza di diversi dei detti elementi, si nota una lesione abrasiva più grande di forma rotondeggiante, con netto infiltrato alla base, che ci fa sospettare l'impiantarsi snll'erpes di una sifilosclerosi iniziale. Reazione ghiandolare, a tipo satellite, all'inguine di sinistra.

R.W. + + + Citochol + + — M.K.R. + + +.

Si passa a trattamento con Bivatol: tra la 1ª e la 2ª iniezione, comparsa di pochi elementi a tipo roseolico ai lati del tronco.

CASO IV. — N. Giuseppe, di anni 30. Entra al reparto uomini per uretrite gonogoccica.

Non lue nei precedenti. Esame obbiettivo negativo.

All'ingresso in reparto: R.W. — — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Sottoposto per 6 giorni a trattamento con Streptosil (nei primi due giorni 12 compresse al dì, nei successivi 4 giorni 9 compresse giornaliere). Il 2 dicembre si sospende il detto trattamento.

Il 3 dicembre: R.W. + — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Il 10 dicembre: R.W. + + — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Il 17 dicembre: R.W. + + — Citochol — — — M.K.R. — — —.

In altri 6 casi di soggetti probabilmente non luetici (precedenti negativi per lue, esame obiettivo negativo), sottoposti allo stesso trattamento con Streptosil e controllati prima, durante e dopo il trattamento stesso, le reazioni sierologiche si sono mantenute costantemente negative.

2° GRUPPO

CASO I. — C. Giovanna. Lue latente, già curata. In Sala per blenorragia.

All'ingresso: R.W. + — — Citochol — — — M.K.R. + — —.

Dopo 8 giorni di trattamento con Streptosil (9 compresse al giorno): R.W. + + + Citochol + — — M.K.R. + + —.

CASO II. — G. Maria. In sala per blenorragia. Lue latente.

All'ingresso: R.W. + — — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Dopo 8 giorni di trattamento con Streptosil (9 compresse al dì): R. W. + + + Citochol + + — M.K.R. + + +.

CASO III. — G. Letteria. In Sala per blenorragia. Lue latente.

All'ingresso: R.W. + — — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Dal 13 al 18 settembre sottoposta a trattamento con Streptosil (9 compresse al dì).

Il 22 settembre: R.W. + + — Citochol + + — M.K.R. + + —.

Il 30 settembre: R.W. + + + Citochol + — — M. K. R. + + —.

CASO IV. — Micalizzi Giovanna. In Sala per blenorragia. Luetica curata, anche di recente, con 10 iniezioni di bismuto. Non manifestazioni in atto.

R.W. + — — Citochol — — — M.K.R. + — —.

Dopo 4 giorni di trattamento con Streptosil. R.W. + — — Citochol — — — M.K.R. + + —.

CASO V. — D. D. Santa. In sala per cervicite gonococcica. Lue latente.

Il 10 settembre all'ingresso in Sala: R. W. + — — Citochol — — — M.K.R. — — —.

Dal 12 al 20 settembre trattamento con 9 compresse al giorno di Streptosil.

Il 23 settembre: R.W. + + — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Il 30 settembre: R.W. + + — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Il 7 ottobre: R.W. + + — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Il 14 ottobre: R.W. + + — Citochol + — — M.K.R. + — —.

Il 22 ottobre: R.W. + + — Citochol + — — M.K.R. + — —.

In altri 5 casi di luetiche accertate, senza manifestazioni in atto, le reazioni sierologiche positive erano prima e positive permasero dopo trattamento per 8-9 giorni con Streptosil, alla solita dose di 9 compresse giornaliere. Quindi *riassumendo* abbiamo: *nel I gruppo, su 10 soggetti*, presumibilmente *non luetici* (e diciamo presumibilmente, in quanto, essendo quasi tutti i casi rappresentati da malate della Sala Celtica, sappiamo quanto e come sia difficile escludere in modo categorico la lue in questa categoria di pazienti anche quando tutto tace, sia clinicamente che sierologicamente), *in quattro casi modificazioni sierologiche che potremo definire*, pur con le dovute riserve, *aspecifiche*. Il caso più dimostrativo a riguardo è rappresentato dal caso 3°

(Oliveri), in cui durante la prima degenza in Sala, dopo un periodo di oscillazioni sierologiche le reazioni si negativizzarono completamente. A distanza di un mese la paziente rientra con una sifilosclerosi iniziale su erpes al piccolo labbro. Evidentemente, per lo meno in questo caso, dobbiamo ammettere che le modificazioni sierologiche notate durante il primo periodo di degenza, fossero aspecifiche.

Nel II gruppo costituito da 10 *soggetti luetici, in* 5 *casi* abbiamo notato delle modificazioni sierologiche, consistenti o nella comparsa di reazioni positive laddove queste erano, prima della somministrazione di Streptosil, negative, o nell'intensificarsi della positività stessa laddove inizialmente era rappresentata o da una debole positività o oddirittura da un semplice ritardo di emolisi. Quindi qualche cosa che potrebbe in questi casi definirsi come una riattivazione specifica. (Vedi 2° gruppo, casi n. 1, 2, 3 e 4).

Un carattere distintivo tra provocazione aspecifica e riattivazione specifica, stando ai nostri risultati, potrebbe essere rappresentato più che dalla intensità della positività dalla transitorietà della positività stessa nel primo caso (reaz. aspecifica) in quanto l'abbiamo vista spesso regredire da una settimana all'altra, e dalla persistenza invece della positività nel secondo caso (riattiv. specifica) in cui talvolta ha persistito per oltre 1 mese (vedi caso 5° del 2° gruppo, De Dominici).

Indubbiamente questi primi risultati non possono che abbozzare la questione, la quale presenta dei lati interessanti sia dal punto di vista pratico per il largo uso che si fa attualmente di questi preparati, sia dal punto di vista dottrinale.

Il primo punto da chiarire è questo: si tratta in questi casi di provocazione aspecifica o di riattivazione specifica? punto quanto mai delicato a risolversi. Infatti se si comincia a sottilizzare si arriva ad un dato punto in cui non si sa o per lo meno è difficile a dirsi quando e dove cessa la lue latente e quando e dove cominciano le reazioni aspecifiche.

Per alcuni Autori (Milian, ecc.) poi si arriva, forse esageratamente, a negare quasi la possibilità di reazioni aspecifiche in quanto quelle condizioni morbose a cui queste si ascrivono vengono spiegate invece come fattori di riattivazione di una lue latente. In contrapposto molti Autori ammettono e documentano reazioni aspecifiche, sopratutto Wassermann aspecifiche, sia in rapporto a stati fisiologici particolari, come in gravidanza (Opitz, Dreyer, Bruck, ecc.), sia in vari stati morbosi: nell' eclampsia delle gravide (Gross, Bunzel, ecc.), nella scarlattina (Much, Micheli, Mantovani, ecc.), nella lebbra (Mejer, Levaditi, Bruck, Pasini, ecc.), nella malaria (Michaelis, Lesser, De Blasi, Ascoli V., ecc.), nelle ulcere veneree (Blumenthal, Alexander, Vercellino, ecc.).

Anche noi in clinica abbiamo potuto constatare reazioni aspecifiche oltre che nella lebbra, nelle ulcere veneree, e di recente in un caso di angina di Plaut-Vincent. Anche varî medicamenti si è detto possano influire sulla Wassermann, aspecificamente; tra questi la digitale (Bauer), i sieri vaccini, ecc. (Dalla Volta, ecc.), il calcio (Pietravalle, ecc.), i preparati acridinici (come da nostre ricerche, confermate da altri Autori), ecc.

A proposito di medicamenti che possono influenzare aspecificatamente la Wassermann diremo come abbiamo in corso ricerche che ci fanno propendere ad ammettere un'azione sulla W. anche da parte delle lecitine.

D'altra parte quando si pensa che oggi dai più si tende ad ammettere come base della W. non più dei veri e proprii fenomeni immunitari, ma la risultante di modificazioni fisicochimiche, quindi modificazioni non specifiche, e che possono perciò essere reperibili anche in altre condizioni morbose, non vediamo il perchè non si debbano ammettere le reazioni aspecifiche. Ci proponiamo di studiare queste eventuali modificazioni fisico-chimiche, sotto vari punti di vista, perchè forse potranno costituire un contributo sul meccanismo della Wassermann.

Tornando al primo punto da chiarire, ossia se le reazioni ottenute fossero da considerare aspecifiche o meno, abbiamo istituite delle prime ricerche sperimentali su due conigli, di cui riportiamo i protocolli.

CONIGLIO I. — Peso Kg. uno.

In data 10 dicembre: R.W. + + — Citochol + — + M.K.R. — — —.

12 dicembre: si inietta endovena ½ cc. soluz. Streptosil 1 % = a ½ ctg.

13 dicembre: si inietta endovena ½ cc. soluz. Streptosil 1 % = a ½ ctg.

14 dicembre: si inietta endovena 1 cc. soluz. Streptosil 1 % = a 1 ctg.

15 dicembre: si inietta endovena 2 cc. soluz. Streptosil 1 % = a 2 ctg.

16 dicembre: si inietta endovena 4 cc. soluz. Streptosil 1 % = a 4 ctg.

A distanza di 1 ora e 30' dall'ultima iniezione si preleva sangue e si ripetono le reazioni col seguente risultato:

R.W. + + — Citochol + + + M.K.R. + + +

Il coniglio dopo 5 ore dall'ultima iniezione muore. Autopsia: non coccidiosi; non alterazioni organiche macroscopicamente visibili.

CONIGLIO II. — Peso Kg. uno e gr. 10. Si fa lo stesso trattamento con Streptosil — come per il primo — e nelle identiche condizioni del primo.

Reazioni sierologiche: prima dello Streptosil: W. + + — Citochol + + — M.K.R. — — —; dopo: W. + + + Citochol + + + M.K.R. + + +.

Il coniglio — in ottime condizioni — vive.

Innanzi tutto, nonostante che uno dei due conigli sia morto, non credo che come dosaggio di Streptosil si sia arrivati a dosi tali da avere uno stato di tossicosi, sia perchè l'altro coniglio sopravvive, sia perchè stando alle dosi usate da Bisceglie (*Arch. Ital. di Medic. Sperim.*, n. 8 1938) (5 cc. al giorno, di una soluzione di Streptosil all' 1%, per 3 giorni consecutivi, senza morte dell'animale) io mi sarei mantenuto al disotto di queste: difatti in 5 giorni ho iniettato 8 centgr. Delle modificazioni sierologiche si sono avute dopo il trattamento, e, lasciando stare la W. abbastanza infida nel coniglio, ci basiamo sopratutto sui reperti della Meinicke. Naturalmente sia per il numero ancora limitato di esperienze, sia perchè non si possono senz'altro trasportare i risultati avuti dal coniglio all'uomo (sappiamo essere non infrequente una spirochetosi propria del coniglio, per cui le modificazioni avute potrebbero essere a questa imputate) non azzardiamo conclusioni; segnaliamo tuttavia queste prime ricerche, che vanno continuate, in quanto ci pare possano avere la loro importanza.

RIASSUNTO.

L'A. ha potuto notare delle modificazioni sierologiche in soggetti sottoposti a terapia con paraaminofenilsulfamide, con comparsa di positività della Wassermann e delle reazioni di flocculazione sia in soggetti luetici già curati (quindi un'azione a tipo riattivante) sia in soggetti non luetici (quindi un'azione di tipo aspecifica).

L'A. espone dettagliatamente i casi studiati, alcune ricerche sperimentali istituite e fà delle considerazioni sui fatti osservati.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE MILITARE DI UDINE
REPARTO NEUROPSICHIATRICO.

Sui rapporti tra psicastenia ed epilessia: epilessia psicastenica.

Dott. ANTONIO FARAONE
capo reparto, specialista in malattie nervose e mentali.

Sin dal 1906 Oppenheim definiva, elevandola ad entità nosologica, la sua epilessia psicastenica — *psychasthenische Krämpfe* — in soggetti degenerati ereditari con tutte le caratteristiche di una originaria condizione neuropatica, per lo più giovani — ma talora anche di età media — deboli di carattere, impressionabili, sensitivi, ansiosi, con fobie, tics, disordini vasomotori, ecc. e presentanti crisi epilettiformi piuttosto rare e di aspetti diversi: semplici perdite di coscienza più o meno protratte, deliqui (Romagna Manoia) o convulsioni vere e proprie che talvolta continuano pure dopo il ritorno della coscienza stessa od assumenti il carattere di piccoli accessi o di equivalenti epilettici. La guerra mondiale poi forniva l'opportunità di numerose osservazioni di siffatte crisi o parossismi — specialmente della forma affettiva di Bratz —, prescindendo naturalmente dalle crisi simulate, isteriche od epilettiche tipiche.

L'osservazione che segue, illustrando con qualche dettaglio un caso di schietta epilessia psicastenica, offre in pari tempo la possibilità di talune considerazioni dottrinarie circa i rapporti tra psicastenia ed epilessia.

P. Claudio, soldato, di anni 21: inviato in osservazione ospedaliera perchè soggetto appunto a « deliqui, durante i quali si agita in convulsioni che lasciano perplessi sulla loro natura epilettica tipica » (dalla dichiarazione medica del dirigente il servizio sanitario Reggimentale).

Nel gentilizio: imponente labe neuropsicopatica familiare bilaterale, risultando dalle informative dei RR. CC. essere « tutti i componenti la famiglia paterna del s. affetti da squilibrio mentale, mentre quelli di parte materna molto nervosi; un fratello di 23 anni anche soggetto ad attacchi nervosi (non altrimenti specificati) ».

A. P.: il p. ha sofferto morbillo nell'infanzia e polmonite in prima adolescenza; nega lues o contagio venereo; non è bevitore; moderatissimo fumatore. Riferisce di andar soggetto da due anni soltanto — in seguito a forti contrarietà e vivo rammarico per aver dovuto interrompere gli studi — a turbe vertiginoidi, obnubilamenti visivi, svenimenti ed anche a convulsioni, ma ad intervalli molto allungati ed irregolari: in tutto avrebbe presentato siffatte manifestazioni morbose non più di dieci volte al massimo. Aggiunge che già

verso i 16 anni ebbe a subire un intenso chok emozionale per aver assistito a delle sedute medianiche, residuandone scrupoli, timori, fobie svariate, perturbamenti dell'umore, ecc. ed appare già durante le indagini anamnestiche impressionabile, ansioso, irresoluto, iperemotivo, con evidenti facili turbe vasomotorie.

E. O.: biotipo medio, in discrete condizioni di nutrizione generale, ma piuttosto oligoemico, con lievi note di catarro delle prime vie respiratorie e lievi disturbi cardioneurosici. Non atipie morfologiche cranio-facciali; non cicatrici al cuoio capelluto ed alla lingua; tiroide normale. Iridi screziate, bicromatiche (tipo Férè). Lieve rombergismo psicogeno; Rosenbach palpebrale e fini tremori a mani protese e dita abdotte; evidente un modico tic facciale. Sensibilità tegumentaria ben conservata; alluci plantari e simmetrici; torpidi i riflessi cremasterici ed addominocutanei, in un certo antagonismo con i riflessi tendinei; non cloni. Non è provocabile il fenomeno della contrazione a scatto del piede con la manovra del Donaggio. Pupille isocoriche e bene reagenti alla luce, all'accomodazione, alla convergenza; Dagnini-Aschner ++; dermografismo rosso del Polonsky; tendente al torpido il riflesso faringeo; normali i corneo-congiuntivali. W.R.: sul sangue negativa; negativo del pari l'esame delle urine.

Dalla valutazione psichica (qui esposta in breve sintesi) affiora agevolmente nel s. un deciso, inequivocabile orientamento psicastenico; e nella esuberanza emozionale non disgiunta a timidezza; e nella indecisione, indeterminatezza volitiva; e negli spunti ossessivi e claustrofobici (particolarmente in oclofobia), e nello stato ansioso e di dubbio circa l'entità e la curabilità della sua malattia, ecc. Preoccupazioni vivissime sul suo avvenire ed anche sul giudizio medico-legale da formularsi a suo riguardo, paventandone il provvedimento di riforma dal servizio militare, che lo diminuirebbe verso sè medesimo e nella vita civile; desiderio bensì di riprendere gli studi interrotti, se possibile (ma si appalesa in proposito sfiduciato, indeciso e con qualche fenomeno di contrasto). Intelligenza qualitativamente intatta; sfera etica pura; affettività squisita. Nessuna manifestazione di carattere epilettico o di epilettoidismo, nè sono valutabili stigmate psichiche di costituzione isteroide.

Riservate informazioni dell'Arma RR. CC. (che riportano anche i rilievi neuropsicopatici ereditari) segnalano il p. « *di carattere chiuso, molto nervoso e « fissato* » soggetto anche talvolta a *convulsioni* », non dedito al vino, a vizi o a donne; di buona condotta morale e politica, senza precedenti nè pendenze penali di sorta, assolutamente incapace di esagerare disturbi nervosi, ecc.

Sottoposto il s. alla prova della *iperpnea* (in profonde respirazioni di 10, 15 al minuto) si provoca bensì un senso di formicolio agli arti ed una certa sensibilizzazione del tic facciale, ma non manifestazioni convulsive nè fenomeni tetanoidi (ad indagini ripetute). Lo spruzzamento di cloruro d'etile sulla regione anteriore del polso (metodo di O. Muck), eseguito con le note modalità ed anche bilateralmente, non provoca nel s. rotazione in alto dei globi oculari, digrignamento dei denti nè convulsioni, ma dà a rilevare modica congestione del volto, fugacissime scosse miocloniche periorali, lieve stato di agitazione, vivacità dei riflessi patellari ed achillei con pseudoclono del piede per pochi secondi.

La degenza Ospedaliera per il prescritto periodo di osservazione — avvalorando nel contegno, carattere e condotta del s. i rilievi psicopatologici suaccennati — ha permesso il controllo di un episodio convulsivo, rilevato e così descritto dai medici di turno: perdita di coscienza e caduta per terra, pallore del viso e rotazione dei globi oculari, contrazioni tonico-cloniche, midriasi ed abolizione del riflesso fotomotore, anestesia dolorifica, frequenza del polso e lieve stertore, accenno a Babinsky unilaterale. Non bava alla bocca, non disturbi degli sfinteri, non albuminuria postaccessuale. Durata dell'accesso circa 10 m'., indi viso atteggiato a pianto, stato soporoso ed amnesia consecutiva.

Il fenomeno d'ostacolo del Donaggio, ricercato sulle urine postaccessuali, ha dato i seguenti risultati (si riportano le somme globali delle due fasi di ciascuna reazione): 17, 21, 28, 22, 9, 14, 29, 14, 7...

Rapporti tra l'epilessia e la psicastenia furono intraveduti e prospettati dagli AA. da lunga data. Già Griesinger e Berger avevano segnalata la possibilità di relazione tra la psicosi ossessiva ed il morbo comiziale; Haskovec con una sua interessantissima comunicazione confermava il riscontro negli epilettici di taluni fenomeni identici a quelli presentati dagli ossessi e Raymond avvalorava nelle sue lezioni cliniche l'esistenza e l'importanza di tali rapporti. Legrand du Saulle nel suo fondamentale studio sull'agorafobia cita il caso di un epilettico agorafobico, ed anche Westphall ammise la possibilità di crisi epilettiformi in soggetti agorafobici. D'altra parte Pitres e Régis opponevano alla dromomania ossessiva l'automatismo ambulatorio epilettico, e Férè considerava talune manifestazioni di iperemotività abnorme quali sindromi analoghe alla epilessia. Serieux e Marinesco hanno insistito sulla frequente coesistenza di idee ossessive, scrupoli, manie e fobie con la epilessia; Nagy e Ottolenghi, trattando delle epilessie psichiche, ammettevano uno stato crepuscolare « secondo » di lunga durata — persino di mesi e di anni — senza disturbi di coscienza nè amnesia, da Janet, assimilato allo stato psicastenico; Bechterew descriveva attacchi epilettici od epilettoidi con crisi di angoscia senza perdita di coscienza nè vertigini (a tal proposito Janet ammette una reversibilità tra crisi comiziali ed angoscia psicastenica). Cullerre rilevava in epilettici aritmomanie le più svariate (ricordo qui lo storico esempio di Napoleone), e Tissiè parla di un epilettico le cui crisi erano precedute da un'idea banale (mauvaise idée) che, attraversandone la coscienza, gradatamente intensificavasi, diveniva fissa ed annullava tutti gli altri pensieri.

Ma è a P. Janet che spetta il merito di aver esattamente precisati, con i suoi magistrali e poderosi studi sulla psicastenia, i rapporti tra questa psiconeurosi e la epilessia. Il grande psicopatologo parla in proposito di stretti rapporti e di coincidenza assai frequenti: « *leurs phénomènes sont voisins et peuvent aisément se transformer le uns dans les autres...* »; *la psychasthénie se rapproche de l'épilepsie* — scrive testualmente — *il y a dans ces deux maladies quelque chose de commun...; il me semble que l'état psychasthénique est une épilepsie attenuée et chronique...* ».

Sintetizzando il concetto scientifico dell'A., egli in sostanza ammette fra le due malattie un elemento comune: l'abbassamento o la caduta della tensione psicologica. Nella epilessia la caduta della tensione è momentanea, ma considerevole (enorme); essa va sino alla perdita completa della coscienza per un tempo assai breve, indi la tensione si rieleva in modo sufficiente perchè il p. si senta presso a poco normale, ed i fenomeni di derivazione, violenti ed elementari, si ritrovano appunto nelle convulsioni. Nella psicastenia invece l'abbassamento della tensione psicologica è molto meno brusco, meno profondo ma prolungato (permanente); non comporta alterazione di coscienza, ma determina la ben nota multiforme sindrome clinica; la derivazione qui si compie sotto forma di ruminazione mentale (fenomeno cosciente e relativamente superiore) o come stato iperemotivo cosciente; ed infine — se l'abbassamento è rapido ma di poca durata — dà luogo alle cosiddette *crisi di psicolessia;* secondo Meschede di Krönisberg, di frenolepsia: termine che esprime tutta la *irresistibilità* del fenomeno nel campo della ideazione.

In riferimento a tali crisi psicolettiche dei psicastenici sembrami interessante ed istruttivo sintetizzare brevemente, a conclusione della presente nota, una mia osservazione personale di qualche anno fa: medico prossimo alla cinquantina, intelligente e colto — memoria validissima a tutta prova, sicuramente immune da manifestazioni comiziali, epilettoidismo e senza precedenti ereditari analoghi, ma psicastenico ormai inveterato — riceve una lettera che ritiene poco riguardosa e provocante. Subentra uno stato assai marcato di irritabilità, agitazione, ruminazione mentale, ecc. che viene temporaneamente sopito dalla radioaudizione di musica classica (di cui è provetto appassionato intenditore, egli stesso esecutore); indi riprende in risentimento ed impulsività tale da determinarne l'imperioso, incoercibile bisogno di dare immediato riscontro alla incriminata missiva: butta giù d'un fiato ben quattro fittissime facciate, curandone personalmente anche la spedizione postale in alta ora notturna; quindi si calma, va a letto e dorme tranquillamente.

Al mattino successivo egli ricorda bensì integralmente (ad litteram!) il testo della missiva ricevuta, la crisi di agitazione consecutiva e l'effettuato meccanico riscontro nei più minuti particolari; ma di quanto ha scritto residua amnesia totale; amnesia che tuttavia persiste a distanza di qualche anno (trattasi sicuramente di una tipica crisi di psicolessia in s. psicastenico).

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver illustrato un caso di epilessia psicastenica, ne trae argomento per considerare i rapporti tra psicastenia ed epilessia, accennando all'elemento comune fra le due sindromi morbose — la caduta o l'abbassamento della tensione psicologica — e sintetizzando altra sua osservazione di crisi psicolettica in psicastenico.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE PROVINCIALE - POTENZA
Dott. FEDERICO GAVIOLI, capo reparto.

Aneurisma traumatico della poplitea.

Dott. CORRADO MONA, assistente

Nella storia della medicina, dalle origini sino ai nostri tempi, lo studio degli aneurismi ha sempre occupato un posto eminente, poichè l'entità morbosa desta un cospicuo interesse sia nei riguardi dell'etiopatogenesi e della anatomia patologica con relative classifiche e differenziazioni, sia nei riguardi della fisiopatologia sperimentale.

La presente comunicazione, pertanto, non ha la pretesa di apportare un contributo anche modesto alla casistica degli esperimenti e dei rilievi clinici, ma si propone di illustrare una varietà non molto frequente e di mettere a punto poche considerazioni di indole pratica sulla terapia e sul destino della infermità vascolare.

« Ogni cavità che sta in più o meno diretta « comunicazione col lume di un'arteria e che « contiene sangue circolante prende il nome di « aneurisma »; tale è la definizione segnata dal Durante nel suo trattato di patologia chirurgica e, senza dubbio, è questa la più precisa e la più esplicativa rappresentazione del quadro morboso, dal quale si sfioccano poi, a guisa di

radiazioni innumerevoli, le varie differenziazioni ancora instabili ed incostanti, così come instabili incostanti e qualche volta contradittori sono i risultati delle statistiche e degli esperimenti sugli animali. Secondo le denominazioni adottate da gran numero di autori (Billroth, Dominici, Kaufmann, Forgue, Vanzetti, Bégouin) gli aneurismi vanno distinti in due gruppi; veri e falsi; sono veri quelli alla cui costituzione partecipa esclusivamente la parete vasale alterata nella sua struttura e nella sua funzione, ma ancora riconoscibile ai vari esami per taluni suoi caratteri; sono falsi quelli che hanno per membrana limitante i tessuti molli che circondano l'arteria e per guscio vero e proprio una lamina di vario spessore e consistenza, prodotta da depositi e stratificazioni di sangue fuoriuscito e di fibrina, con secondaria, progressiva organizzazione connettivale (Negroni e Razzaboni).

L'organizzazione della parete aneurismatica non avviene sempre nello stesso tempo nei vari soggetti, ma è sottoposta a svariate circostanze e subisce influenze individuali molteplici per cui, mentre in alcuni casi dopo tre quattro settimane si nota la presenza di una sacca ben resistente, in altri, dopo mesi, si constata l'esistenza di una raccolta ematica appena appena incistata in un involucro gelatinoso costituito da fibrina, globuli rossi e leucociti. Comunque, la fase terminale della evoluzione aneurismatica è sempre la stessa: la formazione di una sacca fibrosa sessile, per lo più circoscritta, inserita sulla parete del vaso, comunicante col tronco venoso, nella varietà di aneurisma artero-venoso.

L'aneurisma falso, che interessa direttamente ed unicamente questa breve nota, è sempre di natura traumatica; esso, infatti, è dovuto alla rottura primitiva, a tutto spessore, delle tuniche arteriose, con fuoriuscita di sangue che invade i tessuti circostanti vincendo per largo tratto le resistenze opposte dai tessuti molli se questi sono lassi e cedevoli, subendo un arresto tempestivo, invece, se la provincia circostante offre una rigida barriera alla progressione del versamento.

Il Fedeli divide gli aneurismi traumatici in cicatriziali, degenerativi e meta-emorragici, considerando i primi come originati dalla distensione della cicatrice occludente primitivamente la breccia vasale e i secondi come prodotto di una rottura vasale ritardata (necrosi provocata dal trauma o da disturbi locali di circolo); i meta emorragici costituirebbero la varietà più frequente, derivando da lesioni penetranti nel lume arteriale. Recentemente l'Uggeri, in un ampio lavoro documentato da molte indagini istologiche, ha definito l'annosa questione della patogenesi della sacca aneurismatica che Schultz-Roser ritenevano dovuta alla distenzione del trombo vasale primitivo ed ha convalidato il concetto di Negroni e Razzaboni, concetto che ho brevemente lumeggiato più sopra.

Le lesioni arteriose che conducono alla formazione dell'aneurisma falso variano di frequenza a seconda della situazione del vaso, dei suoi rapporti con lo scheletro, della sua integrità anatomica, dell'ambiente in cui vive ed opera l'individuo (pace-guerra). I vasi profondi, quelli che occupano regioni anatomiche poco accessibili alle violenze esterne, sono raramente sede di aneurisma falso, mentre possono diventarlo per gli aneurisma veri, poichè in quest'ultimo caso l'etiopatogenesi trova il suo fondamento in una causa organica ben definita (arteriti croniche, lue, artritismo, alcoolismo, artriti infettive, forse il paludismo (Lanceraux).

La chirurgia di guerra di ogni tempo (studio di Arapoff sulle lesioni vasali presentatesi nella guerra Russo-Giapponese, casistica di Küttner nella guerra Sud-Africana 1899-1900, ecc.) ma principalmente dell'ultimo grande conflitto mondiale, ha apportato un ricco e vario contributo allo studio degli aneurismi traumatici, ed ha dimostrato in maniera categorica che le lesioni, in ordine di frequenza, interessano l'arteria femorale, la glutea, la omerale, la radiale e la cubitale; vengono poi meno frequentemente colpite la poplitea e l'ascellare, che per essere l'una profondamente e posteriormente situata a ridosso dello scheletro e l'altra profondamente adagiata nel cavo dello stesso nome, hanno per così dire una protezione naturale molto valida. La poplitea, più particolarmente, è l'elemento meno superficiale del fascio nerveo vascolare, mantenuta ben tesa a guisa di corda, in alto dall'anello degli adduttori, in basso dallo anello del soleo, lungo il tragitto dalle salde aderenze che la guaina vasale contrae con la parete del grosso tronco venoso omonimo. Essa può essere ferita a mezzo di armi da punta, da punta e taglio (coltelli puntuti, aghi, forbici) in seguito a lussazioni del ginocchio (Bruns) dal passaggio di veicoli (contusione della parete e successiva caduta dell'escara), da fratture con penetrazione di frammenti, esostosi aguzze o smusse, ferite da arma da fuoco (proiettili di piccolo calibro). La fuoriuscita di sangue, quando la lesione che interessa i tegumenti è di piccole dimensioni, invade rapidamente i limiti della losanga, provoca compressione dei tronchi tibiale e peroniero con

parestesie e paresi, fino a produrre la gangrena dell'arto, se la circolazione collaterale, costituita prevalentemente dalla grande anastomotica del ginocchio e dalla ricorrente tibiale, non si istituisce per tempo. Nei secoli scorsi quando l'uso delle armi da fuoco con proiettili di piccolo calibro, dotati di enorme velocità, era assai limitato, le lesioni vasali erano per lo più causate da ferite da armi da taglio, con larga dieresi dei tessuti tegumentari e imponenti emorragie spesso mortali. Si riteneva in quell'epoca, inoltre, che i vasi sfuggissero all'azione dei proiettili in vista della loro mobilità e della loro elasticità, e tale opinione fu demolita soltanto dagli studi di Delorme e Chauvel, studi eseguiti sui proiettili delle armi attuali che perforano sicuramente i vasi producendo piccole ferite a margini netti, un po' contusi. Con i proiettili moderni la morte per emorragia è divenuta piuttosto rara, sia perchè la ferita cutanea di solito è assai piccola, sia perchè il tragitto scavato dal proiettile nei tessuti molli sino ad incontrare il fascio vascolare, è per lo più assai ristretto; così come meno frequenti sono divenuti i processi flemmonosi perivasali, le gangrene gassose ad andamento rapido-distruttivo. A proposito delle esostosi, poi, è opportuno precisare il meccanismo di produzione dell'aneurisma che si determina o per ferita vasale prodotta dalla penetrazione della estremità ossea aguzza ed in via di accrescimento, o per contusione prolungata e persistente del tronco arterioso che pulsa, si espande ed urta su di una sporgenza ossea immobile, rigida anche se non appuntita. Roux cita infatti l'insorgenza di aneurisma della succlavia per costole cervicali soprannumerarie, Castle descrive un originalissimo aneurisma dell'arteria palatina anteriore da decubito di una protesi dentaria.

La diagnosi generica di aneurisma falso non è difficile quando si tengono presenti due elementi fondamentali; l'anamnesi remota o prossima individuale, la regione su cui s'è impiantato il processo morboso. L'aneurisma popliteo in genere non presenta difficoltà diagnostiche poichè le infermità che possono avere origine e sede in corrispondenza della regione poplitea presentano di solito caratteri differenziali assai netti. Le cisti non sono mai mediane ma sempre laterali, non pulsano, sono assai spesso riducibili perchè comunicanti col cavo articolare; il sarcoma telangettasico (falso aneurisma) dell'estremo superiore della tibia, ha estrinsecazione prevalentemente anteriore; gli ascessi freddi, le adeniti suppurate, il fibroma ed il fibrosarcoma dell'aponeurosi possono indurre difficoltà diagnostiche, però la puntura esplorativa eseguita con ago sottilissimo, secondo i dettami di Fromme, è sufficiente a dirimere il dubbio. Una volta diagnosticati tutti gli aneurismi falsi devono essere operati lasciando al chirurgo la scelta, nel tempo, del momento più adatto per la buona riuscita dell'intervento operativo. È infatti facilmente comprensibile che il voler operare subito dopo la produzione dell'aneurisma, comporta maggiori rischi di gangrena dell'arto perchè il circolo collaterale non ha avuto il tempo di istituirsi e di vicariare in maniera sufficiente la soppressione brusca di un ampio letto vascolare; d'altro canto è altrettanto comprensibile la necessità di non ritardare molto l'intervento poichè la malattia ha quasi sempre evoluzione progressiva, si accompagna con gravi disturbi funzionali, con dolori, paralisi, edemi; può subire complicazioni gravissime quali l'infiammazione e la rottura improvvisa (Zoege Von Manteuffel). Genewein e Bier hanno riferito alcuni casi di guarigione spontanea che, tuttavia, non infirmano il precetto di operare sempre, appunto perchè la tendenza alla guarigione è veramente eccezionale. Il trattamento operativo dell'aneurisma falso, come quello dell'aneurisma vero, ha raggiunto attraverso i secoli perfezionamenti ed innovazioni che rappresentano degli arditi esperimenti di tecnica, molte volte però poco rispondenti ai fini pratici. La prima legatura eseguita da Rufo di Efeso (97 a. Ch. n.), le successive praticate con metodi originali da Antyllus, Anel, Hunter, i metodi della restaurazione, della ricostruzione, della obliterazione di Matas, gli interventi di Brasdor e di Wardrop costituiscono ancora oggi le tappe basilari, a cui va aggiunta la tecnica della sutura vasale laterale e circolare, considerata da Lexer quale metodo ideale di operazione negli aneurismi. Quest'ultima, che ricostruisce la morfologia dell'arteria in maniera perfetta, è applicabile ai vasi di grosso calibro che hanno subito piccole interruzioni di continuità e che presentano margini netti e vivi, mentre non è attuabile allorchè i margini della soluzione, come nel nostro caso, sono contusi, irregolari e poco vitali.

L'avvivamento preliminare dei margini della lesione, suggerita da qualcuno nel caso specifico, comporta una perdita di sostanza di maggiori dimensioni la quale rende oltremodo precaria la sintesi vasale, soprattutto in un distretto anatomico danneggiato dalla in-

filtrazione ematica e trasformato in ottimo pabulum per i germi della suppurazione. Praticamente è opportuno eseguire la sintesi vasale negli aneurismi recentissimi impiantati su vasi in cui la legatura è sicuramente dannosa; in questi casi, quando la parete arteriosa è danneggiata per largo tratto, si può tentare la sutura, previa resezione o, addirittura, il trapianto venoso. Tre casi di sutura laterale dell'arteria poplitea, seguiti da successo, sono ricordati da Delbet e riguardano Durante, Orlow, Rotter. Nel caso di Durante fu verificata la permeabilità del vaso a distanza di diciassette mesi, in quello di Orlow il lume arteriale subì un restringimento notevole pur continuando ad essere pervio, nel caso di Rotter, invece, il vaso si obliterò, ma a carico dell'arto non si ebbero disturbi della nutrizione. Il Wolff, nella sua statistica costituita da ventisette casi di aneurismi della poplitea curati con l'allacciatura del vaso, riferisce che in quattordici ebbe gangrena dell'arto; il Sencert, invece, in un gran numero di legature per aneurismi notò due volte soltanto la produzione della gangrena. Monod e Vanverts affermano poi che la legatura dell'arteria poplitea, se le vie collaterali sono libere, non provoca giammai gangrena. Tali risultati sono indubbiamente attendibili poichè derivano da fonti autorevoli e mettono in primo piano, come trattamento di elezione, la legatura vasale doppia che fino al 1700, prima che Desault eseguisse la prima allacciatura della poplitea, era considerata come determinante la gangrena dell'arto tanto che si preferiva eseguire l'amputazione della coscia-elettivamente. I metodi non cruenti quali le introduzioni di liquidi sclerosanti nel sacco, le iniezioni di siero emostatico, l'applicazione di corpi metallici quali la famosa molla di orologio (Baccelli), l'elettricità, la perfrigerazione prolungata, la compressione manuale o strumentale, sono da tempo cadute in disuso ed occupano, in un angolo della storia della medicina, un posto esiguo.

Caso Clinico. — R. L., di anni 12, da Avigliano, ricoverato nel reparto chirurgico dell'Ospedale Provinciale di Potenza in data 3 novembre 1938.

Anamnesi. — Venti giorni prima dell'ingresso in ospedale il paziente si ferì accidentalmente con le forbici in corrispondenza della regione poplitea sinistra: subito dopo notò la comparsa di un notevole gonfiore che guadagnò rapidamente il cavo popliteo ed il terzo inferiore anteromediano della coscia, accompagnandosi con un molesto senso di tensione e dolorabilità insediata lungo la faccia posteriore della gamba. Nei giorni successivi il gonfiore non subì aumento di volume rimarchevole, ma la gamba assunse una posizione di flessione e rotazione esterna rispetto alla coscia. La piccola ferita cutanea guarì nel terzo giorno.

Esame obbiettivo. — Giovanetto di buono sviluppo scheletrico muscolare, cute e mucose visibili un pò pallide. Nulla a carico dei vari organi interni. La regione poplitea sinistra e la porzione postero mediale della coscia, al terzo inferiore sono assai tumefatte; la cute è di color normale, liscia, un pò tesa, con marezzamento venoso ben marcato; a luce tangente si constata la presenza di una pulsazione espansa nei vari sensi. Con la palpazione non si rileva aumento del termotatto, non trhill di Hunter; si apprezza invece una pastosità diffusa e si provoca vivo dolore irradiato lungo la gamba fino alla pianta del piede; la pulsazione della pedidia è appena percettibile e lievemente ritardata rispetto a quella dell'altro lato.

Intervento operativo. — 5 novembre 1938. Dilaudid scopolamina. Narcosi eterea. Emostasi preventiva con laccio di Esmarch. Taglio longitudinale medio popliteo. Incisa l'aponeurosi si rinviene un imponente versamento ematico che nella porzione più superficiale è formato da una spessa membrana cruorica, a sfoglie di cipolla, mentre la porzione profonda è costituita di sangue fluido rutilante. Svuotato l'ampio ematoma si prepara la loggia isolando il nervo tibiale posteriore dal tronco artero venoso, si rinviene così sul contorno postero laterale interno dell'arteria poplitea una ferita della forma e grandezza di una lenticchia; che interessa le tre tuniche ed ha margini irregolari sinuosi. Con grosso catgut si esegue l'allacciatura del vaso sopra e sotto la ferita arteriale, si rimuove il laccio, si sutura l'aponeurosi e la cute parzialmente, lasciando nel punto più declive un ciuffetto di crini di Firenze, per drenaggio.

Decorso post-operativo regolare. — In data 25 novembre il paziente è dimesso guarito.

RIASSUNTO.

L'autore, dopo brevi cenni sul concetto di aneurisma falso, sull'etiologia, patogenesi, diagnostica e terapia di tale infermità, espone un caso di aneurisma della poplitea prodotto da ferita da punta e taglio e sottolinea il risultato soddisfacente ottenuto con la legatura del vaso.

BIBLIOGRAFIA.

1. De Gaetano. *Etiopatogenesi, anatomia patologica, fisiopatologia e cura degli aneurismi.* Relazione al ventinovesimo congresso della Società Italiana di Chirurgia. Roma 1922.
2. Fabris. *Sulla patogenesi degli aneurismi.* Giornale della R. Accademia Medica. Torino 1901.
3. Kauffman. *Anatomia patologica.*
4. Purpura. *Sull'aneurisma traumatico.* Archivio Italiano di Chirurgia. Vol. VII. 1923.
5. Lecene et Leriche. *Thérapeutique chirurgicale.*
6. Bergmann e Bruns. *Chirurgia delle estremità.*
7. Durante. *Patologia chirurgica.*
8. Sencert. *Les blessures des vaisseaux.*
9. Uggeri. *Aneurismi traumatici sperimentali.* Archivio Italiano di chirurgia, vol. XIV, fascicolo 4.

10. GIUSEPPE CASCIARE. *Aneurismi falsi della glutea superiore e della poplitea.* Rivista di chirurgia, n. 4, aprile 1938.
11. BASTIANELLI P. *Aneurismi spontanei e traumatici osservati in 22 anni di pratica chirurgica. Contributo clinico ed operativo.* La Clinica Chirurgica N. S. Ann. 2°, 1920.
12. FORGUE *Patologia Chirurgica.*
13. WULLSTEIN e WILMS. *Trattato di chirurgia.*
14. KLEINSCHMIDT. *Operazioni chirurgiche,* vol. I.
15. PIERRE DELBET et PIERRE MOCQOT. *Affections chirurgicales des artères.*
16. STICH e MAKKAS. *Errori e pericoli nelle operazioni chirurgiche.*
17. DONATI. *Ferite dei vasi sanguigni degli arti.* La chirurgia degli organi di movimento, vol. I, fasc. 2°, maggio 1919.
18. HEDINGER. *Zur Lehre des aneuryma spurium.* Arch. f. klin. Chirurg. Bd. LXXX.

STORIA DELLA MEDICINA

Umanesimo critico e umorismo di Lazzaro Spallanzani.

Accanto allo scrittore forbito e robusto, al ragionatore alacre e perspicuo, allo sperimentatore perfetto, è bene vedere in Lazzaro Spallanzani l'umanista fornito di tutte le umanità. Così si comprenderà meglio; così a chi abbia la volontà di scorrere le pagine (raccolte oggi degnamente nella edizione hoepliana — curata da Filippo Bottazzi — che non dovrebbe mancare in nessun istituto scientifico) sarà dato il destro di ammirare dialettica, venustà dello stile, precisione di linguaggio.

Nell'opera di Lazzaro Spallanzani affiora qua e là la critica serrata costruttrice e non distruggitrice e affiora qua e là anche l'umorismo, appannaggio umanissimo della *humanitas* dai greci in poi. Talchè a chi penetri bene il suo spirito non reca meraviglia che egli, ammiratore dei greci, professore di metafisica prima che di biologia, si sia mosso contro i greci (e dal suo antiaristotelismo di aristotelico procederà, come vedremo, tanta parte della sua gloria) e abbia osato sorridere di alcune loro favole e alle favole insieme degli antichi in genere. L'isola di Citera, egli osserva nella descrizione del suo viaggio in Oriente (che turista intelligente da disgradare qualunque inglese e francese di oggi!) non vale per lui nulla. E così — pensa — doveva essere al tempo dei Greci. Delusione dunque per Amatunta e per Pafo celebrati dai prischi descrittori con tante magniloquenti parole. Oltraggio dunque a Venere Urania che pure Lucrezio, il poeta filoscienziato, invoca a gran voce! La ragione della fama usurpata di Citera la scopre subito, il sorridente abate; è la *réclame.* È un circolo vizioso; il tempio, i sacrifizi che vi si facevano, erano, a volta a volta, causa ed effetto dell'afflusso di forestieri. Comunque la gente, pronuba una reclamista come Venere, vi accorreva, sì che l'isola fu « levata in fama, fattasi anche maggiore dalla penna *amplificatrice* dei Greci ». Chissà che una « penna amplificatrice » (avrà detto a se stesso l'abate arguto) non abbia anche tradito Aristotile nel fargli scrivere che gli animali vengon fuori dal limo per « generazione spontanea »? (Ma vedremo più sotto).

In altra descrizione, in quella meravigliosa del « Viaggio alle due Sicilie », la quale dovrebbe essere rammemorata dalle Guide turistiche che si suppone vadano per le mani di persone di media cultura, il buon abate — come è ancora fama oggi — volle traversare in barca lo stretto di Messina. Lo dissuasero dicendo che sotto Scilla c'era lo « zuco » (il gorgo), dove appunto la leggenda afferma che un prete morisse inghiottito, e che nel mezzo dello stretto c'erano i pescicani. Egli rispose, lepido, se è vero quel che si dice, che le carni dei preti del suo tempo erano assai peggiori di quelle dei tempi andati e si indugiò assai in una fragile barchetta, nella parte centrale dello Stretto, fra le proteste dei rematori. Chi scrive ha voluto ripetere il gesto della traversata con quattro rematori e assicura che in certi giorni, tra *rema scendente* e *rema montante*, si balla paurosamente. Non pertanto il vecchio Omero esagerava (« Quandoque bonus dormitat Homerus ») e la favola di Cariddi viene sventata dallo Spallanzani. Il biologo grecista traduttore squisito di un florilegio dei poeti più famosi dell'Ellade e quindi disposto ad ammirarli anche, come dire, nelle intemperanze, accusa Omero bellamente di mendacio, seppure poetico. « Ci rimane a conchiudere — egli dice — che Omero non sia stato troppo esatto nè è gran peccato il dire che in questo luogo dei suoi lunghi versi egli abbia dormicchiato... ».

Ed ancora in altri punti delle sue lezioni inedite (traggo da una bella nota del sen. Vinassa de Regny) quando combatte l'opinione della grande longevità degli antichi: « Così parlando delle età dei vecchi patriarchi che avrebbero vissuto anche 900 anni » riferisce il Vinassa dello Spallanzani « discute se si tratti di anni solari o lunari. Per suo conto è chiaro che non ci crede troppo ». Ecco difatti come si esprime: « Che bel vedere una donna di 200 anni essere ancora pulcella...; un uomo di 500 anni sarebbe ancora alla metà del cammino, come al presente siamo ai 35 e ai 40 anni. Quei felici padri dovevano vedere un mezzo esercito di figlioli, nipoti e di pronipoti, e doveva bastare un maschio e una femmina per riempire una città ».

E rinforza ancora la critica (carta 22) così: « Sogni sono e fole da romanzi le delizie apportate dal Nurnet e da altri avanti il Diluvio, cioè che allora vi fosse sempre un'uguale e benigna e dolce temperie d'aria, che la terra facile e pingue fosse sempre la stessa, e che anche da sè e con pochissima fatica senza stancarsi, nè di sudore bagnar la fronte, preziosis-

sime frutta producesse. Sono pensieri ameni... presi in prestito da' poeti, quando per dar diletto alla brigata scrissero che una volta senza fatica con le mani in mano e al più alla cintola si viveva beatissimamente! ».

E chiude poi faceto: « Oh! che felice vivere allora, quando di 50 anni papà o mammà ancor si diceva, e le brache aperte per la bisogna portavansi! ». Ecco che i « laudatores temporis acti » di oggi sono serviti!

Un'ultima osservazione che ha pure una leggera tinta manzoniana: « Un accademico di Parigi visse 88 anni: nell'ultimo anno dormiva 20 ore e non ne dormiva quattro; finchè alla fine dormì anche quelle quattro e così lasciò di vivere ». Parlando della jena, Spallanzani riporta le favole che i fantasiosi naturalisti avevano scritto su di essa e dice: « È stato detto che sapeva... far... correre le pastorelle, far loro scordare il gregge e renderle pazze di amore ecc. Ma tutto questo può accadere anche senza la jena ».

Ma dove la garbatezza umoristica di Lazzaro Spallanzani ricorda quella scanzonatissima di Francesco Redi, vicin suo grande davvero anche per singolari accostamenti di ipotesi di lavoro, si apprezza nei passi in cui, non che entrare in polemica, bolla ora l'uno ora l'altro dei suoi contemporanei, con una critica altrettanto terebrante quanto formalmente, diremmo oggi, educata.

Del Bomare (traggo ancora dal Vinassa), noto compilatore di dizionari a tipo enciclopedico, ma incapace di osservare al microscopio, dice: « La sua Mineralogia e i suoi Dizionari, sono un cucito di pezzi, *felicemente* copiati da altri ». Oh che cosa vale quel felicemente! Il Bomare doveva essere un imbecille superiore, di quelli chiamati anche bibliografie ambulanti, che riescono pure a salire, ogni tanto, le cattedre più gloriose.

Nel volume inedito delle sue lezioni del 1787 lo Spallanzani non degna dell'onore della menzione alcuni sragionatori che avevano sul serio affermato come Caino dopo il delitto fosse diventato nero e da lui avrebbe avuto origine la razza negra e scrive: « un altro autore, che abusò in singolare modo del previlegio di sragionare, dice, con la maggiore confidenza e serietà, che la prima donna del genere umano aveva nelle ovaie molte uova che erano bianche e da queste nacquero... tutti i popoli bianchi e dalle uova nere tutti i popoli neri! ».

A proposito della Grotta del Cane di Pozzuoli contraddice così il Lesage: « Se il signor Sage, a luogo di decidere dal fondo del chimico suo laboratorio... visitato avesse egli stesso questi paesi, sentito avrebbe diversamente; e se in questi suoi viaggi entrato fosse nella Grotta del Cane... non gli sarebbe mai scappata dalla penna, che quella perpetua mofeta viene prodotta dall'acido marino volatile ».

Ma dove Spallanzani (*lucus a non lucendo*) trova « spago per annodare » la lingua, per avventura irrispettosa, è negli scritti del celebratissimo (e pur grande) Buffon. A proposito degli spermatozoi, su cui il Buffon aveva espresso opinione erronea, lo Spallanzani osserva: « Per che cagione un tant'uomo [il Buffon] riposto abbia in un medesimo rango i creduti animali spermatici e i nostri delle infusioni, quando in realtà si ravvisa tanto divario tra i primi e i secondi? Al che se io dovessi rispondere, non crederei d'ingannarmi, s'io dicessi niun'altra ragione aver più potuto presso di lui, quanto l'amor ch'ei nutriva pel suo sistema ». E poco dopo (op. cit., vol VI, p. 299): « Il signor di Buffon tutto prevenuto per le sue favorite molecole... ».

Ma il più tartassato è il Needham e con lui la « Royal Society » di Londra che l'appoggiava. E qui appare, secondo me, una assai fine ironia, poichè per il Needham ha prima espressioni di affettato rispetto. Difatti egli si esprime contro il Needham sperando che « opponendosi all'opinione sua, potessi avere il contento di guadagnare la sua grazia ». E rinforza poi alla pagina successiva: « La somma venerazione che professo al signor Needham mi annoda rispettosamente la lingua... Solamente mi si conceda che con riverente rossore io palesi alcuni sospetti ».

E mi perdoni ancora il senator Vinassa se traggo a man salva dal suo articolo sulla dotta rivista di Pavia « Ticinum », chè mi occorre dare al lettore un esempio di codesto « reverente rossore » ..A proposito della forza vegetativa del Needham dice: « La sua *forza vegetativa* è un puro e pretto lavoro di fantasia ». E rinforza ancora con queste fustiganti parole: « Vedemmo in quali stranezze dato abbia l'inglese Naturalista per la cieca prevenzion che nudriva per l'immaginata sua *forza vegetativa*... coteste e altrettanti sue fantasie per non dirle più veramente deliri. Pieno dunque la mente di queste chimeriche idee si abbattè per ventura il nostro buon filosofo nel ricantato fenomeno delle piantine... ».

Per avere la lingua rispettosamente annodata non c'è male!

La critica al Buffon continua anche nel suo scritto inedito delle lezioni del 1787. Il naturalista francese aveva negato la possibilità di un accoppiamento tra cane e volpe. Lo Spallanzani lo dimostra invece con dati inoppugnabili e conclude: « Onde il fatto non si può più mettere in dubbio, malgrado gli inutili tentativi del conte Buffon ».

« Il quale anche aveva dato l'esperienza di far figliare delle cagne in acqua e latte caldo, con l'idea che mantenendosi la respirazione intrauterina si potesse arrivare a fabbricare degli animali anfibi ». Ma lo Spallanzani oppone le esperienze nettamente contrarie fatte dal Rossi a Pisa, e bonariamente aggiunge: « Onde da questa ultima esperienza sembra potersi

temere che non si facciano quegli animali anfibi che vorrebbe il Buffon ».

Ed ora bisognerebbe, auspicabilmente, con l'umorismo finissimo e aristocratico del compianto L. M. Patrizi, descrivere la prova di « ingravidamento » della cagna barbina, tentativo riuscitissimo, agli allievi pisani dello Scandianese. Contro i dubbi di quelli che allora andavano per la maggiore come competenti, non passarono che le lune regolarmentari per le cagne, e i catelli pezzati di bianco e di nero rivelarono la parentela con l'ignoto (alla cagnoletta madre) « amator di lontano ».

Veniamo a questo punto all'antiaristotelismo aristotelico del grande « curioso della Natura », dello scienziato galantuomo che voleva *rendersi conto*, ad ogni costo, di quel che osservava. Scrivevamo recentemente in *Sapere* (N. 104) appunto sotto il titolo « Umanesimo critico di Lazzaro Spallanzani », a proposito del suo discordar di parere con Aristotele:

« E come comparvero sulla terra gli animali? Il mondo sarebbe rimasto per molto tempo sepolto sotto le acque del mare. Poi il calore, facendo evaporare una parte di quelle acque, avrebbe lasciato a secco la terra. Dal limo, rimasto alla superficie sotto l'azione fermentatrice del medesimo calore, avrebbero tratto origine le varie specie di animali e di piante (cfr. Aristotele, Meteore, L. 8, c. 1).

A Diodoro Siculo parve trovar di ciò un esempio in Egitto, dove, egli dice, « dopo le inondazioni del Nilo, le materie deposte sulle campagne producono un numero infinito di piccoli esseri viventi ». Aristotele aveva già scritto: « A certe specie di pesci si assegna per sola origine il limo e la sabbia del mare (Degli Animali, L. 6, c. 15).

Ravvivò questo concetto Lucrezio: « La terra può dirsi madre del tutto poichè da essa il tutto nacque, e non pochi sono i viventi che dalle acque piovute e dai raggi del sole nascono sulla terra ». (De rerum Nat. c. v.).

Orbene: nel saggio di osservazioni microscopiche concernenti il sistema della generazione dei sigg. di Needham e Buffon (Modena, 1765) e nella dimostrazione che gli infusori si originano sempre e soltanto da germi, Lazzaro Spallanzani applicava, contro lo stesso Aristotele o a gloria sua e del metodo sperimentale, la bontà della tesi dell'improbabile che conduce all'assurdo (Cfr. Topica, L. 8, c. 1) dove Aristotele dice « di evitare con diligenza di sostenere quelle tesi tanto improbabili che in breve conducono all'assurdo » (Aristotele, Topica, L. 8, c. 1).

E chiudiamo con un accenno alla presunta sua staffilata contro i medici. Il buon abate, fatto vecchio, sofferente di vescica, avrà dato in qualche salatissima (di sale attico) invettiva « in medicum », e sia pure. Ma ne lo riscatta da questa accusa che i medici gli possano fare, la stravaganza, per non dire altro, antibiologica di alcuni medici di allora, l'atto di fede che egli addita ai suoi discenti, allievi dei corsi di medicina, circa l'utilità certa e somma che loro verrà per la loro professione dallo studio delle filosofie naturali. Anticipava Lazzaro Spallanzani, con quell'atto di fede, l'avvento della odierna medicina scientifica.

GIUSEPPE ALBERTI.

SUNTI E RASSEGNE

ENDOCRINOLOGIA.

Il climaterio maschile.

(A. A. WERNER. *Journal Americ. Medic. Ass.*, 15 aprile 1939).

Il climaterio dell'uomo è diverso di quello della donna, è meno drammatico, e può passare anche inosservato, ma forse è più lungo.

La cessazione della mestruazione rappresenta per la donna l'inizio del declino della funzione sessuale e di quella genitale. Rappresenta non il climaterio, ma l'inizio del climaterio, una fase della vita caratterizzata da uno squilibrio della funzione endocrina. Questa disfunzione ha il suo punto di partenza in una regressione delle glandule sessuali, la quale è comune all'uomo e alla donna. Esiste perciò un climaterio maschile ed un climaterio femminile.

Il declino della funzione sessuale non è una fatalità solo per la donna, lo è anche per l'uomo, nel quale si manifesta con un indebolimento della potenza sessuale ed un affievolimento del desiderio erotico. E poichè questo consta anche di componenti psichici, la sua scomparsa è più lenta, non proporzionale al vigore virile. In molti casi questa sconcordanza crea uno stato di disagio che può varcare il confine della patologia.

Il declino dell'attività sessuale si manifesta in genere più tardi che nella donna; per questa verso i 40-41 anni, per l'uomo verso i 48-52 anni. Probabilmente un gran numero di individui supera il climaterio senza apprezzabili disturbi. La mancanza della menopausa non fa avvertire all'uomo il lento indebolimento del suo vigore sessuale. Nella donna la scomparsa delle mestruazioni, spesso accompagnate da una fenomenologia tumultuosa, segna l'inizio dell'indebolimento non della cessazione dell'erotismo. Nell'uomo manca questo evento avvertitore ma le cose poi procedono su per giù in modo analogo. Unica differenza sta nel fatto che l'uomo conserva la capacità fecondante anche in età molto avanzata, perfino a 80 anni, mentre la donna con la menopausa perde di regola la capacità di concepire.

I disturbi del climaterio maschile, come

quelli della donna, sono nervosi, circolatori e generali.

Quelli più rilevanti consistono in uno stato di nervosismo, instabilità emotiva, facile variabilità dell'umore, irritabilità, indebolimento della memoria e del potere di concentrazione, disinteresse per le abituali attività, desiderio dell'isolamento, depressione, tendenza al pianto. Si possono avere vampate accompagnate da perspirazione profusa e seguita da brivido. Talvolta si hanno tachicardia e palpitazioni anche stando a letto, e tachicardia, palpitazioni e dispnea al minimo sforzo, nonchè vertigini, scotomi, ronzii, intorpidimento delle estremità, facile esauribilità e disturbi del sonno.

Quando questi fatti sono molto accentuati si possono avere specie dal lato psichico quadri morbosi imponenti, sopra tutto malinconia con spiccata tedenza al suicidio.

Il Werner, riferendosi alle esperienze fatte da Miller, Hubert e Hamilton sulla cura dei fenomeni morbosi derivanti dalla castrazione che assomigliano molto a quelli del climaterio, ha applicato a quest'ultimo la terapia del testosterone. Furono praticate iniezioni di soluzione oleosa di 10 mmgr. di propionato di testosterone tre volte la settimana.

I risultati furono soddisfacenti. Oltre ad un netto risveglio della libido e al rinvigorimento della potenza sessuale si notò un miglioramento delle condizioni psichiche, sopra tutto un risollevamento dell'umore. DR.

L'azione locale degli ormoni.

(S. C. MUSSIO-FOURNIER, I. MORATO-MANARO e A. ALBRIEUX. *Presse Médicale*, 27 maggio 1939).

L'azione locale degli ormoni sugli organi isolati è stata studiata da tempo. È stata sperimentata l'azione dell'adrenalina, sulle arterie, sull'occhio enucleato della rana, ecc., gli effetti dell'ormone ocitocico sull'utero isolato di vari animali e dell'ormone melanoforo su pezzi di pelle. Ma solo da non molti anni, è stato intrapreso lo studio dei vari ormoni su gli organi *in situ*.

Laewe e Voss nel 1926 introdussero nella cavità uterina dei conigli una soluzione oleosa di follicolina e constatarono la medesima reazione di crescenza della mucosa e della muscolatura dell'organo prodotta dalle iniezioni sottocutanee, ma questa crescenza era ottenuta con dosi molto più deboli. Proseguendo le loro esperienze ebbero risultati sempre più decisi e vennero alla conclusione che la placenta produce un ormone che è riassorbito *in situ* ed agisce localmente. Le ricerche fatte successivamente da altri confermarono questo modo di vedere e sopra tutto che le applicazioni locali di follicolina in vagina o nell'utero sono molto più efficienti delle iniezioni sottocutanee.

Nel 1937 gli AA. insieme a Bûno trovarono che l'ormone follicolare iniettato nella mammella di conigli maschi o applicato sul suo tegumento come pomata agisce localmente. La mammella trattata, insieme al suo capezzolo, si sviluppava più rapidamente della controlaterale. I risultati ottenuti sulle femmine furono ancora più netti.

Kuhn trattò ratti vecchi e giovani affetti da alopecia con pomata alla follicolina e rilevò un rapido sviluppo dei peli. Lyons e Templeton constatarono la cheratizzazione dell'epitelio vaginale di una ratta castrata dopo l'applicazione locale di piccole quantità di estrone, e adoperarono questo metodo per dosare il contenuto di estrogeno nell'urina umana.

Greenwood e Blyth praticarono l'iniezione intradermica di estrone a galli in regioni dove si erano strappate le penne, e constatarono che queste si riproducevano con forma e colore nettamente femminili. Morato-Manaro studiò l'azione locale della follicolina sulle creste di galli castrati o interi, rilevando che essa tende ad atrofizzare le creste stesse o arrestarne lo sviluppo.

La follicolina applicata localmente ha una spiccata azione curativa sull'ipertricosi di origine ovarica, come è stato dimostrato dalle esperienze fatte su centinaia di casi. Sembra inoltre che essa agisca favorevolmente sull'acne giovanile, il prurito e la Kraurosis vulvare, le artriti dette ovariche e le ipoplasie mammarie. Zondek ha trovato che per tali scopi terapeutici è preferibile adoperare come solvente l'alcool a 96°: preparò una tintura di estrone che gli ammalati possono applicare personalmente.

Le esperienze fatte sull'applicazione locale del corpo luteo hanno dimostrato quanto segue:

1) L'iniezione intrauterina di progesterone nel coniglio infantile trattato precedentemente con la follicolina determina modificazioni pregravidiche dell'utero.

2) La distensione dell'utero riduce l'effetto del progesterone.

3) Se si asporta parte dell'utero la reazione è più intensa.

Morato-Manaro, Albrieux e Bûno hanno studiato l'azione locale del progesterone sulla cresta di polli castrati ed interi e non hanno constatato nessuna modificazione macroscopica e microscopica.

Fussgänger ha studiato l'azione locale dell'ormone maschile sulle creste di polli castrati. Mediante iniezioni nel tessuto cellulare delle creste ottenne un accrescimento di queste eguale a quello ottenuto con dosi venti volte maggiore di ormone iniettato per via intramuscolare. I tentativi fatti con applicazioni cutanee esterne dettero risultati ancora più interessanti: per ottenere i medesimi effetti bastavano dosi cinquanta volte minori di quelle adoperate per via intramuscolare. La grande

sensibilità della cresta del pollo castrato alle applicazioni locali di ormone maschile può essere sfruttata per dosare la quantità dell'ormone maschio nelle urine e nel sangue dell'uomo e della donna in condizioni normali e patologiche.

Morato e Albrieux hanno trovato che le applicazioni sulle creste di mescolanze di ormoni maschili e femminili rimangono senza effetto, ciò che comprova la loro azione antagonista. Hanno studiato inoltre l'azione locale dell'ormone maschile sulle creste di polli non castrati: esse diventavano enormi mentre si producevano lesioni testicolari.

Riddle e i suoi collaboratori hanno dimostrato che l'ormone lattogeno dell'ipofisi o prolactin provoca lo sviluppo delle glandule del gozzo nei piccioni adulti e infantili. Queste esperienze con successivi perfezionamenti di Lyon e Page sono utilizzate per dosare il prolactin.

Voss applicando sulle mammelle di cavie una pomata al prolactin ottenne la secrezione di colostro.

Ehrhardt provocò in una donna l'aumento della secrezione lattea mediante l'applicazione sui seni di prolactin in dosi inferiori a quelle necessarie per via sottocutanea.

In collaborazione con Cervino e Conti gli AA. hanno curato la vitiligo con l'applicazione locale di ormone melanoforo ottenendo risultati soddisfacenti.

Morato-Manaro e Albrieux hanno studiato l'azione dell'ormone della corteccia surrenale applicato sulla cresta di polli castrati ed hanno constatato un accrescimento del dieci per cento: questa azione è dovuta sicuramente al contenuto androgene della corteccia delle surrenali segnalato da Reichstein. DR.

CUORE E CIRCOLAZIONE.

La derivazione precordiale.

(R. ROBINSON, A. W. CONTRATTO e S. A. LEVINE. *Arch. of Intern. Medic.*, aprile 1939).

L'uso di una derivazione precordiale nell'elettrocardiogramma risale al 1933. Fu chiamata IV derivazione.

Ricerche sistematiche sull'argomento sono state fatte dagli AA.

I. *Reperti su pazienti con cuore normale e con cuore malato ma non di infarto miocardico.*

Essi cominciarono a ricercare qual'è il punto precordiale più adatto alla derivazione. Per questo essi studiarono 9 punti diversi e si occuparono in modo particolare dell'ampiezza dell'onda Q, della direzione e ampiezza dell'onda T e della deviazione del segmento ST dalla linea isoelettrica.

Le ricerche sul cuore normale riguardavano 55 persone (in servizio all'ospedale) e 20 malati la cui autopsia dimostrò cuore normale.

L'assenza dell'onda Q è indizio di infarto del miocardio, mentre un'onda Q inferiore a 2 mm. deve far sospettare l'infarto. Si considera abnorme l'elettrocardiogramma ma con onda Q presente e onda T invertita.

In tutti i 75 casi degli AA. l'onda Q è stata normalmente presente ed è stata più profonda nella direzione apicale. Spesso l'onda T era invertita in molte posizioni precordiali e in 4 casi anche in derivazione apicale. L'inspirazione profonda ha accorciato l'onda Q e invertito l'onda T in alcuni casi.

Si sono notate differenze nelle varie posizioni (supina, eretta, latente destra e sinistra), ma queste differenze non infirmano l'interpretazione.

Nei casi in cui c'era liquido nel cavo pleurico sinistro l'onda Q era piccola o assente, ma ritornava normale dopo toracentesi.

Anche la paracentesi faceva ritornare normale l'onda Q che si era mostrata piccola prima dello svuotamento.

Nell'ipertrofia del cuore mancava l'onda Q in tutte le derivazioni precordiali esclusa quella apicale e spesso l'onda T era invertita.

II. — *Reperti su malati con infarto del miocardio.*

Come si è già detto l'onda Q minore di 2 mm. fa sospettare l'infarto, l'assenza dell'onda Q ne dà la certezza. Nel periodo acuto dell'infarto miocardico si ha una netta deviazione del segmento ST dalla linea isoelettrica.

Le ricerche furono fatte su 82 malati che clinicamente avevano i sintomi dell'infarto e in 20 di questi la diagnosi fu confermata all'autopsia.

Su 28 malati con infarto cardiaco acuto si fecero gli elettrocardiogrammi convenzionali e gli elettrocardiogrammi colle derivazioni precordiali. In derivazioni convenzionali non mostrarono alterazioni, mentre le derivazioni precordiali davano tipiche alterazioni fin dall'inizio. In 3 di questi sei si ebbero modificazioni tipiche degli elettrocardiogrammi convenzionali solo in esami successivi.

Nel maggior numero di malati l'onda Q era assente, il segmento ST presentava depressione di più di 3 mm.

In 16 casi l'infarto risaliva a 6 settimane, come minimo, e a 5 anni come massimo.

Gli elettrocardiogrammi convenzionali avevano dato le tipiche alterazioni in 7 casi. Nelle derivazioni precordiali l'onda Q fu assente in tutti i casi in cui la derivazione era apicale, piccola nelle altre derivazioni precordiali, mentre l'onda T fu in alto in 10 casi e invertita in 3.

Furono anche studiati 30 malati con infarti multipli. I tracciati di questi malati furono tutti di difficile interpretazione. Quattro presentavano varia onda Q nelle derivazioni precordiali.

Nei casi di infarto miocardico anteriore l'assenza dell'onda Q ha importanza diagnostica, mentre non ha valore diagnostico la direzione dell'onda T.

Gli elettrocardiogrammi precordiali non hanno valore nella diagnosi di infarto posteriore.

Ulteriori ricerche devono precisare meglio l'importanza delle derivazioni precordiali. Intanto è bene che queste derivazioni si ottengano sistematicamente e fra queste specialmente quella apicale. L.

L'azione ipertensiva del rene ischemizzato.

(B. A. HOUSSAY, E. B. MENENDEZ, I. C. FASCIOLO e A. C. TAQUINI. *Presse Médicale*, 27 maggio 1939).

L'ipertensione arteriosa si può produrre sperimentalmente in modo intenso e persistente con tre procedimenti: 1) Sezione dei nervi presso-recettori di Cyon ed Hering; 2) Idrocefalo interno ottenuto mediante iniezione sottoccipitale di caolino; 3) Ischemia del rene. Con i due primi procedimenti l'ipertensione è di origine nervosa, l'ultima è prodotta da una azione umorale.

I fatti sperimentali e clinici comprovano che l'ipertensione da rene ischematizzato non è dovuto all'uremia o ad un riflesso con punto di partenza renale, ma al fatto che il rene in parte ischemizzato produce una secrezione ipertensiva che è versata nel sangue venoso. Questa prova è stata data dall'innesto del rene e dall'esame del sangue venoso renale.

L'innesto di rene ischemizzato di un cane al collo di un altro cane unendo la carotide con l'arteria renale e la giugulare con la vena renale determina un netto aumento della pressione arteriosa. L'innesto di reni normali non ischemizzati non provoca nessuna modificazione della pressione. I risultati di queste esperienze, confermate da Dickers, dimostrano che il rene ischemizzato versa nel sangue una sostanza con azione ipertensiva. Si tratta di un prodotto di secrezione attiva e non di un autolisi cadaverica, perchè l'azione ipertensiva persiste per mesi in reni, il cui esame istologico per altro non rivela nessuna alterazione.

Se si raccoglie *in situ* il sangue venoso del rene incompletamente ischemizzato di un cane iperteso si trova che esso contiene sostanze ipertensive con azione vaso-costrittrice periferica, le quali non passano attraverso l'ultravirus.

L'asfissia d'un cane normale della durata di quattro minuti produce la comparsa di una sostanza vaso-costrittrice nel plasma del sangue venoso renale, che, per altro, non compare in seguito all'eccitazione dei nervi del rene o dei nervi grandi splancnici nè in seguito all'estirpazione dei nervi carotidei.

Se si isola il rene dal suo inviluppo grasso e se si stringe con una pinza la sua arteria in modo da produrre un'ischemia totale e dopo sei ore si leva la pinza, si trova che il sangue che attraversa il rene contiene una sostanza ipertensiva.

Il tessuto renale normale possiede un'azione protettrice per la quale elimina o distrugge più o meno la sostanza vaso-costrittrice.

D'altra parte numerose esperienze provano che l'ipertensione prodotta dalla secrezione del rene ischemizzato incompletamente o completamente è dovuta ad un'azione vaso-costrittrice diretta ed indipendente dalle surrenali.

Tutte queste ricerche hanno una triplice portata in patologia ed in clinica umana. Innanzi tutto dimostrano che bisogna trattare accuratamente le ipertensioni delle nefriti acute per evitare lesioni renali croniche capaci di provocare un'ipertensione definitiva.

In secondo luogo rendono conto degli stati ipertensivi che si stabiliscono in seguito a lesioni capaci di ostacolare la circolazione renale (piolonefrite cronica, idronefrosi, ecc.).

Infine spiegano come si possa ridurre l'ipertensione attivando la circolazione renale.

DR.

La moderna terapia delle malattie arteriose obliterative periferiche. La terapia fisica degli esercizi vascolari passivi.

(M. AUSTONI. *Cuore e Circolazione*, maggio 1939-XII).

La terapia delle malattie arteriose obliterative periferiche si deve limitare nel maggior numero dei casi alla prevenzione delle complicazioni dovute alla difettosa irrorazione delle estremità. È necessario tener lontana ogni infezione dai tessuti ischemici, per mezzo di cure igieniche dirette alle parti malate, secondo norme ben note. Occorre eliminare gli agenti che favoriscono la malattia (tabacco, piombo, segala cornuta, alcool, ecc.), le condizioni capaci di aggravare il disturbo (elevata viscosità sanguigna, abnorme tensione arteriosa, policitemia) ed anche alcune infezioni causali come la lues, la tubercolosi, il tifo, la malaria, la difterite, ecc.

Per diminuire il dolore ed aumentare la capacità lavorativa vengono usati mezzi chimici, fisici e chirurgici, causali o sintomatici, ma hanno per lo più azione transitoria.

Di capitale importanza è la possibilità di costituire un circolo collaterale ed a tale scopo sono diretti mezzi chimici, fisici e chirurgici.

I mezzi chimici sono vasodilatatori periferici. Vengono usati i nitriti, la acetilcolina, la acetilbetametilcolina per iontoforesi, il sodio acetato di teobromina, l'alcool a piccole dosi per via orale, l'estratto di tiroide. La piretoterapia ha dato buoni risultati e così pure il vaccino del tifo ed anche la proteinoterapia aspecifica

con antigene del tifo H. Come analgesici vengono adoperati gli oppiacei, l'acido acetilsalicilico, la papaverina per via endovenosa. La *terapia fisica* è tenuta oggi in considerazione in questo campo di applicazioni. L'iperemia passiva alla Bier, gli esercizi attivi graduali di Buerger ed Allen, l'energia raggiante, le correnti ad alta frequenza, i bagni di contrasto caldi e freddi sono stati usati con vario successo. Il maggior progresso è stato fatto però con l'applicazione del sistema Pavaex. L'arto malato, tenuto elevato alquanto sopra il livello del cuore, viene posto in un adatto recipiente di vetro dentro il quale l'aria viene aspirata e compressa ritmicamente, mediante una pompa. Il tempo di applicazione è vario secondo i casi, ma si può dire in genere che se dopo applicazioni giornaliere di 5 ore per tre settimane non si hanno miglioramenti definitivi, non si può attendersi migliori risultati in seguito. Di grande utilità è l'accoppiamento della temperatura (aria calda a 35-40 gradi) e della luce (raggi utravioletti) alla terapia pressoria.

Numerosi apparecchi per l'applicazione della Pavaex-terapia sono stati costruiti: sono molto semplici, di facile uso e di costo relativamente basso. Per mezzo di questa terapia si può ottenere la formazione di una vera e propria rete collaterale, purchè i vasi minori non siano coinvolti nel processo patologico. Essa è per lo più sufficiente a supplire alle deficenze di circolo: ne consegue la guarigione rapida di piaghe torpide, la delimitazione di processi gangrenosi, ecc.; anche nel dolore si ha benefico effetto.

Applicando questo genere di cura occorre una notevole oculatezza specie nel riconoscimento della diagnosi di natura e di estensione della lesione. Il beneficio che si può trarre da essa è in diretta proporzione al numero ed estensibilità delle arteriole o delle più piccole arterie, che non sono affette dal processo patologico. Sarà così possibile ottenere il massimo giovamento nelle occlusioni acute di arterie e nella stasi circolatoria acuta; buone probabilità di successo vi sono anche nelle affezioni predominanti nelle arterie primarie e secondarie e negli stadi iniziali della tromboangioite obliterante giovanile, nei quali le reti collaterali non sono colpite. Quando invece il processo patologico ha distrutto primitivamente le arterie o i capillari, come nelle obliterazioni articolari, trombosi capillari, morbo di Buerger avanzato e avanzata sclerosi arteriolare, i risultati della Pavaex-terapia saranno scarsi.

La *terapia chirurgica* si prefigge di provvedere alla circolazione collaterale, di prevenire la infezione e la gangrena di eliminare le parti morte. Numerose operazioni sono state fatte: legatura della vena femorale o della arteria femorale, anastomosi arterio-venosa, blocco dei nervi, simpaticectomia periarteriosa, arteriectomia ed embolectomia, ecc. I diversi interventi soli o combinati hanno varie medicazioni ed hanno dato svariati risultati. Quando però la gangrena è ormai stabilita ed infetta, si impone l'amputazione della parte.

L'A. ha scritto questo articolo dopo la permanenza in alcuni ospedali americani ove ha potuto osservare e seguire l'applicazione pratica del trattamento fisico conservativo in vari casi di malattie arteriose obliteranti periferiche e constatare personalmente i lusinghieri risultati che è possibile ottenere con tale genere di cura.

F. VICENTINI.

Il (K)-strofantoside.

(A. STOLL. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 19 maggio 1939).

Dai semi dello « Strophantus combé » si sono isolati due glicosidi attivi in forma cristallina, la « cimarina » e la « k-strofantina B ». Quest'ultima è più ricca di glucosio della prima, e ancora più ricco è il resto amorfo di glicosidi che rappresenta la parte più importante contenuta nei semi. Negli ultimi tempi si è riusciti ad ottenere in forma cristallina la parte principale, cioè i 3/4 del principio cardiotropo dei semi: a questo si è dato il nome di k-strofantoside. Esso si scioglie decomponendosi a 200°, è solubilissimo in acqua, solubile in alcool, insolubile in etere, cloroformio, benzolo, acetone. I glicosidi dello strofanto sono molto sensibili alle ossidazioni e agli alcali, le modificazioni che la loro formola subisce in tali condizioni li rende praticamente inattivi sul cuore. Anche gli acidi o gli enzimi contenuti nella droga diminuiscono considerevolmente l'efficacia dei glicosidi.

La efficacia dei tre glicosidi ottenuti, in forma pura dai semi dello strofanto kombé è tanto maggiore quanto più è alto il loro contenuto in glucosio: questo è massimo nel k-strofantoside che rappresenta il principale glicoside della droga. Somministrato per bocca lo strofantoside ha una scarsa efficacia (E. Rothlin, ibid.); questa è inoltre malsicura ed irregolare. Poichè le iniezioni ipodermiche sono molto dolorose, la sola via di somministrazione utile e sicura è la endovenosa. Il k-strofantoside viene messo in commercio a tale scopo col nome di « Strofoside ».

La terapia con lo strofoside va condotta in modo diverso a seconda della forma di debolezza cardiaca. C. Kroetz (ibid.) distingue una « debolezza cardiaca umida » e una « debolezza cardiaca asciutta ». La prima colpisce i cuori in dilatazione progressiva che devono compiere un superlavoro continuato. L'alto grado di stasi produce dispnea e cianosi, edemi e versamenti. La dilatazione costituisce per lo più un adattamento del cuore a un superlavoro continuato, in conseguenza di vizi val-

volari o di ipertensione arteriosa. I cuori dilatati di questi ammalati tollerano molto bene la strofantina: essi richiedono e sopportano dosi maggiori che non i cuori poco dilatati della debolezza asciutta del cuore. In questi casi si cominciano ad iniettare 0,25 mg. di strofoside; se il quadro è grave si ripete la dose nella stessa giornata. Nei casi di media gravità basta una sola iniezione giornaliera di 0,25 mg. Con il ridursi della dilatazione del cuore si diradono le iniezioni eseguendole ogni 2-4 giorni. Anche dopo scomparsa la sindrome della debolezza umida, il cuore di questi pazienti ha permanentemente e per tutta la vita bisogno di un glicoside cardiaco: dipende spesso da cause esterne la scelta tra la somministrazione orale di digitale e le iniezioni di 0,25 mg. di strofoside ripetute 1-3 volte la settimana.

Nella debolezza asciutta il cuore è poco ingrandito, esso non ha dovuto nè deve compiere un iperlavoro continuato. In questi casi la debolezza cardiaca non è lo stadio ultimo di una dilatazione compensatoria, ma la conseguenza di gravi lesioni miocardiche (cuore da vecchiaia, sclerosi coronaria, calli miocardici infiammatori, tossici o ischemici, alcune forme di tachicardia e aritmia). La diagnosi sicura della debolezza asciutta del cuore è spesso difficile: un ingrossamento incipiente del fegato è spesso l'unico segno obbiettivo sicuro, mentre importanti segni soggettivi sono non di rado la disponea accessuale e il senso di oppressione. Gli ammalati di debolezza asciutta del cuore finiscono quasi sempre per morte cardiaca improvvisa. Una irrazionale applicazione di strofantina può forse provocare in qualche caso tale morte. Lo strofoside va quindi dato in piccole dosi e per breve tempo. Dose iniziale non superiore a 0,15 mg. di strofoside, più avanti al massimo 0,25 mg. in 24 ore. La sensibilità verso i glicosidi va sorvegliata di continuo (alterazioni dell'elettrocardiogramma, disturbi del ritmo, senso di oppressione). Questi cuori hanno solo transitoriamente bisogno di glicosidi cardiaci: se perdura una debolezza cardiaca latente, si consigliano per 4 settimane ogni 2-4 mesi piccole dosi di digitale o di strofoside.

P.

INFEZIONI.

Nozioni nuove sull'etiologia dell'influenza.

(R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE e J. CHEVÉ. *Paris Médical*, 3 giugno 1939).

Le ricerche fatte durante la pandemia d'influenza 1918-1919 fecero escludere la specificità del bacillo di Pfeiffer e misero in evidenza che l'etiologia è legata ad un virus filtrabile. Ma si riuscì a trasmettere il virus solo all'uomo ed alla scimmia, fatto che impediva fare larghe ricerche. Queste si resero possibili solo quando batteriologi inglesi ed americani, tra i quali Andrewes, Laidlaw, Wilson Smith, Dunkin, Shope, Stuart-Harris, Francis, riuscirono a trasmettere il virus dell'influenza umana al furetto (Putarius furo).

L'instillazione intranasale di qualche goccia di liquido filtrato proveniente dal lavaggio delle fauci di un malato di influenza provoca nel furetto una malattia tipica. Dopo un'incubazione silenziosa di 48 ore la temperatura, che oscilla tra 38° e 38°,8, si eleva improvvisamente a 40°,5-41° ed anche più. La febbre persiste alta per due giorni, s'abassa per un giorno, risale per 24 ore e poi cessa per lisi. Questo carattere difasico della curva termica manca di rado. Mentre la temperatura sale il furetto rifiuta il cibo, diventa sonnolento. Verso il terzo giorno compaiono segni di catarro; gli occhi s'arrossano e lagrimano; l'animale starnuta facilmente ed emette dal naso una secrezione dapprima mucosa e poi muco-purulenta che provoca erosioni sui margini e sugli angoli delle narici. L'ostruzione nasale può essere tale che l'animale respira con la bocca. La guarigione avviene tra 10-15 giorni.

La malattia può essere trasmessa con passaggi in serie da furetto a furetto, sia per coabitazione di un animale sano con uno malato, sia per instillazione del muco nasale filtrato. Il virus esiste anche in quantità abbondante nel tessuto pulmonare.

Si possono praticare facilmente congestioni dei pulmoni instillando il virus in un animale precedentemente narcotizzato con l'etere.

In capo a qualche passaggio si notano, sagrificando il furetto tra il terzo e il quinto giorno, macchie bruno-rosse sulla superficie dei lobi. Poi, quando il virus ha acquistata una virulenza più marcata, si osservano blocchi di epatizzazione più o meno estesi. In questi casi la malattia diventa mortale. Quando la morte è precoce il tessuto pulmonare non contiene germi associati.

L'affezione è contagiosa oltre che per l'animale anche per l'uomo.

Il virus influenzale attraversa i filtri batteriologici e le membrane di collodion. Le sue dimensioni sono approssimativamente di 80-120' millimicron, è quindi un po' più piccolo del virus del vaccino e dell'erpete. È distrutto dal riscaldamento a 56° per un'ora. Si conserva lungamente in ghiacciaia sia disseccato, sia in una soluzione al 50 % di glicerina in acqua distillata sterile.

Il virus dopo parecchi passaggi in furetti può essere trasmesso al topo, nel quale la sintomatologia è prevalentemente pulmonare senza catarro nasale. La malattia del topo non è contagiosa.

Solo l'inoculazione per via nasale o intrapul-

monare provoca lesioni. Questo tropismo è così marcato che l'iniezione di virus in embrioni di cavie, animale che non è sensibile al virus influenzale, provoca unicamente lesioni del pulmone qualunque sia la via d'inoculazione.

Gli animali guariti, furetti o topi, sono immunizzati verso una nuova inoculazione. Nel furetto tale immunizzazione dura completa per sei mesi, poi comincia a diminuire ed una nuova inoculazione provoca una malattia breve e benigna. In capo ad un anno l'immunità scompare del tutto.

Il siero di animali convalescenti è dotato di proprietà neutralizzanti verso sospensioni di virus. La mescolanza *in vitro*, in determinate proporzioni, di siero e di virus non ha alcuna azione sul furetto e sul topo. Il dosaggio fatto in tal modo ha consentito di constatare l'esistenza di diversi ceppi di virus. Attualmente si conoscono almeno quattro tipi differenti di antigeni con caratteristiche così diverse che il siero preparato con uno di essi non ha alcuna azione verso gli altri antigeni. La questione ha importanza pratica perchè rende difficile in caso di epidemie l'uso di un siero specifico.

La cultura del virus influenzale è stata ottenuta da Burnet su membrane corion-allantoide ed *in vitro* su frammenti di embrione di pollo da Francis e Magill.

Con tali culture sono stati preparati un immun-siero e un vaccino. Il cavallo non è recettivo per il virus influenzale, ma a mezzo di iniezioni ripetute di sospensioni di virus si può provocare nel suo siero la formazione di anticorpi. Nel 1935 Laidlaw, Wilson Smith, Andrewes e Dunkin constatarono che il siero di cavalli immunizzati ha sul topo un'azione protettrice e curativa manifesta, ma protegge solo parzialmente il furetto a causa della grande sensibilità di questo animale verso il virus influenzale.

La vaccinazione ha dato risultati analoghi a quelli del siero. Protegge facilmente il topo, ma conferisce al furetto solo un'immunità parziale: fà sì che la malattia sia più breve e non mortale. I tentativi fatti sull'uomo non hanno dato risultati conclusivi. L'inoculazione per via sottocutanea di virus vivente o morto è inoffensiva e determina la produzione abbondante ma transitoria di anticorpi, che diminuiscono in capo a sei o otto mesi e scompaiono dopo un anno. Le recenti ricerche che hanno dimostrato l'esistenza di parecchi ceppi di virus influenzale hanno reso il problema ancora più difficile.

Resta ancora senza risposta la quistione dei rapporti tra i virus isolati durante le recenti epidemie relativamente benigne e quelli delle epidemie tanto diffuse e gravi del 1890 e del 1918.

DR.

Sulfapiridina nella cura della polmonite dell'infanzia e dell'adolescenza.

(A. T. WILSON, A. H. SPREEN, M. L. COOPER, F. E. STEVENSON, G. E. CULLIN e A. G. MITCHELL. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 15 apr. 1939)

Gli AA. hanno usato la sulfapiridina in 35 casi di polmonite dell'infanzia e dell'adolescenza. All'atto dell'ammissione in ospedale, tutti i casi sospetti o certi di polmonite erano assegnati o al gruppo di cura o a quello di controllo. La cura aveva inizio subito dopo fatti i prelevamenti di sangue e di espettorato per le culture. Il medicamento era somministrato ogni 3, 4 e 6 ore, secondo i casi, in modo da darne 6 centigr. (1 grano) per libbra di peso in ventiquatt'ore con una dose uguale di bicarbonato. La cura fu continuata finchè si raggiungevano cinque giorni di apiressia. In pochi casi la dose raggiunse i 9 centigr. giornalieri.

In tutti i casi fu studiato il contenuto del sangue in sulfapiridina, prima col metodo di Marshall e Lichfield, poi col colorimetro fotoelettrico in modo da poter adoperare solo cc. 0,10 di sangue prelevato dal polpastrello del dito o dal lobulo dell'orecchio.

Nei due gruppi si seguirono gli stessi metodi curativi (ossigeno, trasfusioni, terapia aspecifica).

In tutti i casi la diagnosi clinica fu confermata dall'esame radiologico e batteriologico.

Tutto questo lavoro fu fatto in due ospedali, con frequenti riunioni dei vari medici incaricati, in modo da avere perfetta uniformità di indagini e osservazioni.

I casi curati con sulfapiridina furono 35 e 35 i casi di controllo. In 66 casi la malattia fu seguita in ospedale fino a guarigione in maniera soddisfacente per uno studio statistico. Mentre nel gruppo di controllo la caduta della temperatura si ebbe dal 6° al 9° giorno, nel gruppo curato con sulfapiridina si ebbe dal 2° al 5° giorno. Le complicazioni furono quasi uguali nei due gruppi per tutte, meno che per l'otite catarrale che appare nettamente più frequente nei casi di controllo. Solo 2 malati curati con sulfapiridina non ebbero nessuna modificazione nel decorso della malattia e 3 ebbero ricadute (nei controlli ci fu 1 sola ricaduta). Nessuna differenza fra i due gruppi si notò nei riguardi della scomparsa di ombre polmonari ai raggi X.

Il dosaggio della sulfapiridina va meglio studiato. Intanto si può dire che risultati soddisfacenti si hanno quando si raggiunge nel sangue una concentrazione di 4 mgr. %.

Per quanto riguarda gli effetti tossici la cianosi era minore nel gruppo di cura che in quello di controllo. In qualche caso la sulfapiridina provocò vomito, ma mai in maniera grave. Due volte si ebbero eruzioni cutanee.

L.

BIOGRAFIE

CHARLES HORACE MAYO

1865-1939.

Nacque il 19 luglio 1865 nell'allora piccola borgata di Rochester, Minnesota, al cui sviluppo doveva in seguito così grandemente contribuire. Mentre ancora giovinetto frequentava le scuole medie apprese i primi elementi della scienza medica dal padre, William Worral

Laureatosi alla Northwestern University nel 1888 e dopo aver frequentato la New York Polyclinic Medical School nel 1889 e la New York Post-graduate Medical School nel 1890, egli tornava a Rochester ove accanto al padre ed al fratello maggiore William James iniziava la sua attività pratica. A quali meravigliosi risultati questa associazione di affetti e di lavoro doveva portare, è noto a tutti. La Mayo Clinic di oggi testimonia l'impulso straordinario dato dai due figli al piccolo ospedale improvvisato nel 1883 da William Worral Mayo ed è forse



Mayo, medico di valore e di larga rinomanza, emigrato dall'Inghilterra negli Stati Uniti d'America nel 1845. Fu infatti accompagnando il padre nelle sue numerose peregrinazioni di medico pratico, fu servendo come garzone nella locale farmacia, e improvvisandosi, quando ve n'era necessità, anestesista ed esercitandosi col prezioso microscopio paterno, che Charles H. Mayo fu preso per la medicina da quell'amore che doveva poi dominare tutta la sua vita ed innalzarlo ai più alti fastigi e onori.

il monumento migliore al loro genio ed alla loro prodigiosa attività.

I contributi che Charles H. Mayo ha portato alla chirurgia sono innumeri, nè possono essere elencati. Egli fu un pioniere in molti rami medico-chirurgici, come documentano le pubblicazioni monografiche scritte nel 1890 sulla tubercolosi ghiandolare, nel 1891 sulla chirurgia del sistema nervoso, e nel 1898 sulla chirurgia del torace. Chirurgo generale nel vero senso della parola operò fra l'altro per molti anni e larghissimamente in campo di Ortope-

dia, di Oculistica, di Otorinologia, e di Chirurgia plastica. Fu solo col volger del tempo e col progressivo sviluppo della clinica che poco per volta egli abbandonò queste branche per affidarle ad allievi od a colleghi delle rispettive specialità, prescelti fra i migliori.

Le sue pubblicazioni assommano ad oltre 400. Il suo nome rimane particolarmente legato allo sviluppo della chirurgia della tiroide in America, ad un intervento per vene varicose, ad un tipo di isterectomia vaginale ed alla modifica della tecnica di Coffey per il trapianto degli ureteri nell'estrofia della vescica.

Spirito eminentemente pratico e quindi chirurgo più che scienziato, fu fatto segno nella sua lunga carriera ad innumeri prove di simpatia e di ammirazione e raggiunse la più grande notorietà. Le onorificienze, i titoli accademici, i riconoscimenti alla sua attività di uomo e di medico, ricevuti si può dire da tutte le parti del mondo, non si contano. Era, fra l'altro, socio onorario della R. Accademia Medica di Roma e commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia, della cui Croce era stato insignito nel 1932.

Oltre che chirurgo fu anche cittadino di eminenti meriti. Lo attestano le numerose cariche coperte in Enti pubblici e lo sviluppo da lui impresso, assieme al fratello, alla cittadina di Rochester, alla cui comunità essi donarono edifici ed ingenti somme di denaro.

Durante la guerra mondiale prestò servizio come consulente capo di tutti i servizi chirurgici dell'esercito americano.

L'affetto e la devozione che lo legarono al fratello William Y. furono dei più dolci e dei più profondi. L'unione di questi due uomini di eccezione rappresenta in verità un esempio assai raro e forse unico, tanto essa fu tenace, viva, umana e feconda.

Charles e William Mayo hanno trascorsa tutta la vita assieme, giorno per giorno, fino all'ultimo, accumunati nella stessa passione, negli stessi ideali, nella stessa fede. Si può dire che assieme essi hanno vissuto, come fusi in una sola persona, legati da vincoli di affetto, di reciproca considerazione e di lealtà indissolubile, solo preoccupati di aiutarsi e di sorreggersi a vicenda. La loro unione è stata tanto perfetta, che difficile è separarne le vite e distinguerne i meriti ed impossibile è parlare dell'uno senza parlare dell'altro, avendo essi sempre proceduto fianco a fianco per il bene ed il progresso dell'umanità. Fra le molte cose che essi hanno sviluppato o creato, due vanno ricordate in particolare. Una, la Mayo Clinic, non tanto come clinica, nota ovunque per il lavoro eccezionale per qualità e quantità che vi viene svolto, quanto come una instituzione medica concepita, basata e creata con criteri modernissimi ed originali per cui ha rappresentato e rappresenta tutt'ora una concezione ed una realizzazione nuova di un grande centro medico-chirurgico. L'altra, la creazione della Mayo Foundation, espressione viva del profondo interesse dei fratelli Mayo per l'educazione dei giovani, per i problemi dell'insegnamento e per il compito sociale di provvedere a che i sofferenti possano essere curati da medici addestrati nel migliore e nel più moderno dei modi. La Mayo Foundation, creata coll'ideale di poter mettere a servizio dell'insegnamento e della educazione dei giovani medici i grandi mezzi della Clinica, è collegata alla Università del Minnesota. Grazie ad essa, la Mayo Clinic è oggi uno dei più reputati centri americani per il « Post-graduate Training », ospitando e stipendiando un corpo stabile di circa 250 Fellows (scelti fra le molte centinaia che annualmente pongono la propria candidatura), alla istruzione dei quali è provveduto con un tirocinio di 3 anni nelle varie branche della specialità prescelta, sia medica, che chirurgica o biologica.

La Mayo Foundation, per la costituzione della quale i fratelli Mayo hanno personalmente donato alla Università del Minnesota due milioni e mezzo di dollari ed alla quale essi hanno dedicato tanto della loro passione e della loro attività, basterebbe da sola a dimostrare i meriti e l'alta statura morale di questi due grandi chirurghi.

La vita di Charles H. Mayo fu delle più semplici, dedita al lavoro ed alla famiglia. Uomo di vasta cultura aveva molto viaggiato ed aveva amici si può dire ovunque. Era legato da vincoli di amicizia sincera a molte personalità del mondo medico Italiano, e per il nostro Paese nutriva una viva e leale ammirazione. Noi italiani perdiamo in lui, fra l'altro, un amico devoto e prezioso, un amico che dovremo rimpiangere.

* * *

Il destino ha voluto che Charles H. Mayo si spengesse lontano dalla sua Rochester, dove era adorato, e lontano dal fratello. Questi infatti, appena convalescente da un importante atto chirurgico, non potè accorrere al Mercy Hospital di Chicago ove una violenta polmonite piegava la stanca fibra di Charles H. Mayo il 26 maggio 1939.

La sua scomparsa lascia un vuoto incolmabile non solo fra la famiglia, fra gli intimi, nella medicina americana e mondiale, ma è anche una grave perdita per l'infinito numero di persone che in lui conoscevano sopratutto un benefattore ed un amico. La imponente massa di medici, di cittadini e di malati, accorsa a Rochester a rendergli l'ultimo saluto, testimonia quanto grande fosse la popolarità e quanti gli amici, sopratutto « gli umili amici » del-

l'Estinto — « Dr. Charlie », come era chiamato. Infatti sopratutto e nonostante tutto, fu e rimase un uomo semplice, pervaso da un profondo senso di benevolenza, di umanità e di simpatia per i suoi simili — un amico di tutti.

Per tutti i bisognosi, umili o potenti, poveri o ricchi, ebbe la stessa comprensione, la stessa spontanea amabilità, ed a tutti offerse un aiuto. In tutti noi che ebbimo la fortuna di avvicinarlo e di viverne l'intimità, egli lascia un ricordo incancellabile. Il suo esempio, la sua figura resteranno scolpiti nel nostro pensiero e sopratutto nel nostro cuore, perchè noi tutti sentivamo e sapevamo di avere in lui non solo un Maestro, ma anche un appoggio, un amico sincero e paterno.

Inchiniamoci riverenti ed in raccoglimento davanti alla sua bara, spersi fra le migliaia di umili che con cuore sincero piangono il grande scomparso.

Alla famiglia, al fratello William J. Mayo, al figlio Charles W. Mayo che tiene alta la fiaccola raccolta dalle mani del padre, alla grande famiglia della Mayo Clinic ed alla medicina americana esprimiamo le condoglianze sentite e commosse dei medici italiani.

Dott. PIERO FRUGONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Istituto di Sanità Pubblica. *Rendiconti*. Vol. I, parte III. Un vol. in-8° di 498 pagg. con figg. e fotografie.

Questa III parte viene a completare il I volume del « Rendiconti », modesto nome sotto cui si raccolgono importanti lavori e studi eseguiti nell'Istituto di Sanità Pubblica. In questosto ampio fascicolo ne troviamo 21 riguardanti problemi vari di igiene, di tecnica di laboratorio, di biologia. Ne citiamo qualcuno. Indagini sulle emanazioni di alluminio in rapporto all'ambiente (D. Marotta, D. Vita, S. Anselmi). L'azione biologica a distanza dei metalli (R. Maggiora-Vergano e V. Rivera). La profilassi del gozzo endemico col sale jodurato (M. Settimj). Schistosomiasi intestinale da S. Mansoni nell'Harrar (A. Giovannola). La ricerca dell'olio di vaselina nell'olio di mandorle (S. Anselmi). Rapporti fra policromatofilia e sostanza granulo-filamentosa delle emazie (B. Babudieri). Il potere antilarvale dell'esacloretano (E. Satta). Rapporti fra scienza ed autarchia sul campo delle industrie agricole ed alimentari (D. Marotta). L'ictioveleno, l'istidina e l'istamina (M. Pergola). Un'ampia monografia di G. Penso sui fenomeni immunitari nelle tripanosomiasi. Una bella illustrazione del contributo portato dall'Istituto di San. Pubbl. alla Mostra del minerale italiano, redatta da G. Penso e M. Pantaleoni, con eccellenti facsimili, illustrante le scoperte italiane nell'anchilostomiasi.

Da ultimo l'elenco delle analisi, ispezioni, controlli, pareri ed attività varie, che dimostrano quanto utile lavoro si svolga nel sereno ed elevato ambiente dell'Istituto.

fil.

Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria del Regno. N. 3. Un vol. in-8° di 230 pagg. Ist. poligr. dello Stato, Roma, 1939. Prezzo L. 15.

Troviamo in questo numero del « Notiziario » delle lezioni e prolusioni dello stesso Direttore Generale della Sanità Pubblica, S. E. Petragnani; una di esse riguarda il problema della razza (Come si difende la razza); le questioni demografiche sono inoltre affrontate da un altro studioso (G. G. Perondi) che studia « Come si conservano e si estinguono i popoli ». Negli « Appunti di diagnostica e tecnica di laboratorio », S. E. A. Castellani si occupa della differenziazione del *B. pestis* e F. De Ritis dei metodi di indagine per lo studio dei virus influenzali. Interessante è altresì una rivista di N. Pappalardo « Appunti di diritto sanitario ».

Le questioni ospedaliere sono trattate con la pubblicazione del relativo regolamento e con il resoconto sul rilevamento degli ospedali e delle case di cura fatto nel 1937. Seguono le notizie sull'attività dell'Ufficio int. di igiene pubblica e quelle sui raduni di funzionari medici e veterinari per l'aggiornamento di particolari questioni, sul Consiglio sup. di Sanità, ecc. Da ultimo, l'elenco delle Circolari della Direzione Generale della Sanità Pubblica.

fil.

Rapporti del XVIII Congresso nordico di Medicina interna. Pubblicato per cura di *Acta med. Scand.* Suppl. LXXXIX; 351 pagg. con figg.

Questo Congresso, tenutosi nel 1937 a Helsingfors, ha riunito i colleghi danesi, finlandesi, norvegesi e svedesi.

Il prof. E. Adlercreutz ha curato la pubblicazione di questo volume, in cui figurano, oltre al discorso inaugurale del presidente prof. F. Saltzmann, 44 fra relazioni e comunicazioni, alcune delle quali di notevole importanza. Citiamo, fra essi un primo gruppo sul trattamento delle malattie renali, altri sull'asma, di cui viene anche trattata l'importanza sociale, sull'artrite eredo-familiare, sui sintomi cardiaci nelle anemie, sulla diagnosi e trattamento delle extrasistoli, su varie questioni riguardanti il diabete, fra cui un'ampio rapporto di Carlborg sul protaminato di zinco-insulina ecc.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Il IV° Congresso Internazionale di Patologia comparata.

(Roma, 15-20 maggio 1939)

Queste riunioni di patologia comparata, pure avendo importanti riflessi nella pratica, perseguono un indirizzo scientifico nel più alto senso della parola, toccando problemi d'indole generale che accomunano studiosi di diverse branche, i quali nella reciproca collaborazione e con i rispettivi apporti contribuiscono a chiarire molte questioni.

È la deviazione patologica dei processi che si svolgono nell'organismo vivente, che costituisce il campo comune d'investigazione, una, cioè, delle espressioni del complesso e misterioso fenomeno della vita, a cui rivolgono l'attenzione — ognuno dal proprio punto di vista — medici, veterinari, botanici. Gli uni e gli altri interessati nello studio dei fenomeni dell'eredità (il nuovo e fecondo impulso a questo è stato dato dai botanici) e delle malattie da ultravirus, che colpiscono anche le piante; ed è proprio nelle piante stesse che fu scoperta la prima malattia da ultravirus (mosaico del tabacco); è di questa malattia che si potè isolare l'agente in forma cristallina, fatto che può aprire la via a nuove ricerche da cui, sfatando antichi dogmi, si potrebbe arrivare a nuovi orientamenti su vari processi biologici.

Sul

I° TEMA « LE MALATTIE DA ULTRAVIRUS »,

argomento in cui gli italiani sono stati dei pionieri — basti citare i nomi di Sanarelli e di Guarnieri — si sono avute 4 relazioni.

E. HAAGEN ha studiato il comportamento degli ultravirus *in vitro*. È noto che gli ultravirus si differenziano dagli altri microorganismi per l'impossibilità della vita *in vitro* senza avere a disposizione del materiale vivente. La coltura degli ultravirus si è pertanto sviluppata con la coltura dei tessuti e può essere di grande utilità, sia dal punto di vista scientifico (studio della produzione delle inclusioni cellulari — tipo corpuscoli di Guarnieri — e di varie questioni di immunbiologia) e pratico; basti citare, per questo la produzione del vaccino contro la febbre gialla ormai largamente sperimentato e contro il vaiolo.

Il problema dell' *immunità in rapporto alle malattie da ultravirus* è stato prospettato da P. LÉPINE, problema che se non è del tutto chiaro per le malattie microbiche è quanto mai oscuro per quelle da ultravirus. Troviamo anche qui, e forse più evidente, la dissociazione fra il potere antigene e quello immunizzante, nonchè i due lati opposti del dilemma: immunità umorale o di tessuto? Nè l'una nè l'altra possono dare spiegazione di tutti i fatti osservati e forse, allo stabilirsi dell'immunità, cooperano entrambi i fattori; comunque, la lesione cellulare costituisce il *primum movens* per entrambi. Quasi nullo è invece il fattore umorale nei vegetali, dove l'immunità si stabilisce essenzialmente con la eliminazione delle parti infette o mediante la premunizione da parte di un virus debole contro uno forte. Del resto, è forse un'eccessiva pretesa la nostra di arrivare ad una generalizzazione sul modo di agire dei virus, che ci appaiono di costituzione diversa e di un differente grado di complessità.

Al problema dell'immunità, si connette quello della *iper-recettività*, svolto da A. ZIRONI. Tale A. ha dimostrato da tempo che, per la stessa condizione di essere portatori di germi, si possono sviluppare in alcuni individui delle modificazioni allergico-immunitarie, per cui la resistenza viene ad abbassarsi. Notevole è l'influenza che può assumere tale fatto nell'attecchimento dell'ultravirus, nella ripetizione di attacchi e nell'aggravamento delle condizioni morbose. L'A. riporta, a tale proposito, l'esempio di ultravirosi in cui può agire l'iper-recettività, tipico quello del comune raffreddore in cui essa spiega la comparsa delle ricadute e l'aggravamento con il ripetersi di queste. Ad una iper-recittività paraspecifica, sarebbe inoltre da attribuirsi il meccanismo d'infezione da *Proteus* X 19 nel dermotifo.

Nel trattare le *proprietà degli ultravirus purificati*, W. M. STANLEY e H. S. LORING studiano da un punto di vista generale le caratteristiche dei virus, e la loro natura. Si sono potute ottenere notevoli quantità di virus, purificato fino al punto di essere cristallino, dal mosaico del tabacco e si sono potuti così fare ampi studi, dimostrando che l'attività dei virus va considerata in rapporto alla loro struttura proteica. Sulla natura dei virus, due ipotesi si contendono il campo: quella dell'autocatalisi, con i così detti *precursori* e quella che si tratti di agenti vivi con un tipo di struttura piuttosto intra- che intermolecolare, originati per abiogenesi oppure da organismi in evoluzione retrograda.

Della *diffusione dell'afta epizootica*, si è occupato O. WALDMANN, accennando anche ai buoni risultati ottenuti con il vaccino da lui allestito.

Connesse con le questioni immunitarie sono quelle trattate nel

II TEMA « LA FUNZIONE DEGLI ANTIGENI ASSOCIATI »

A. LANFRANCHI ha studiato la questione specialmente in rapporto con le ultravirosi degli animali, in cui hanno appunto grande importanza le infezioni microbiche secondarie. Ed appunto, tali antiveni hanno dato buoni risultati nelle ultravirosi dei polli e dei suini e nell'influenza equina; per quest'ultima, l'A. ha dimostrato la fissazione del virus in viro da parte del bac. sottile e l'utilità di associare anche l'antigene di tale germe.

La *natura delle combinazioni fra antigeni ed anticorpi* viene considerata da J. MARRACK il quale incomincia con lo stabilire che gli anticorpi sono delle proteine, di cui la parte attiva è costituita da aminoacidi in catena peptidica. La reazione fra antigene ed anticorpo risulta da un'affinità specifica di certi gruppi « determinanti » pure specifici nelle molecole dell'antigene, per certi ricettori specifici nella molecola dell'anticorpo. L'affinità è dovuta a forze intermolecolari, analoghe a quelle che tengono legate le molecole in cristalli od in aggregati. La specificità di questa affinità è determinata dalla presenza di atomi o gruppi di atomi con particolari campi elettrici di forza, che formano dei punti di attrazione e dalla distribuzione spaziale di tali punti.

Interessanti fatti sono stati riportati da G. RA-

MON nel suo lungo rapporto. Egli ha osservato che il valore dell'immunità specifica aumenta con l'aggiunta all'antigene di certe sostanze (tapioca, lanolina, ecc.), che eserciterebbero una funzione coadiuvante e stimolante. Esse provocano dei fenomeni reattivi infiammatori al punto di iniezione, per cui si ha una diffusione graduale della tossina e l'acquisizione di un'immunità antitossica più precoce e più elevata. Si sono così potute realizzare importanti applicazioni, come quella di ottenere rapidamente potenti sieri antitossici, di vaccinare gli animali contro il tetano e di perfezionare la vaccinazione anticarbonchiosa. La « sinergia degli antigeni », che si è venuta dimostrando permette inoltre di praticare — con una sola serie di operazioni — le immunizzazioni multiple, che si rinforzano reciprocamente.

Le difficoltà dell'immunizzazione con gli antigeni associati sono state messe in luce da J. TOMCSIK, soprattutto per il fatto che vaccinazioni combinate sono non pratiche. Grande influenza sull'azione degli antigeni viene esercitata da fattori aspecifici, che non vengono generalmente tenuti in considerazione, mentre ad essi sono probabilmente da attribuirsi le divergenze che si osservano nei risultati ottenuti dai diversi autori.

Ben sette Relatori si sono avvicendati sul

III TEMA « L'EREDITÀ IN PATOLOGIA ».

Molto sulle generali si è mantenuto M. CAULLERY, osservando che in fondo la patologia non costituisce un dominio autonomo, ma una deviazione della biologia normale e, pertanto, le basi delle leggi sull'eredità non devono essere molto differenti. Grande importanza ha, in questo argomento, lo studio delle mutazioni, che in linea generale sono di natura più o meno patologica; è poi ovvia la gran parte che deve avere nel determinismo dell'eredità patologica la patologia delle ghiandole endocrine. I princìpi dell'eredità di caratteri patologici possono poi essere applicati allo studio della resistenza dell'individuo ad una data malattia, il che porterebbe a considerare anche il problema del cancro.

L. HIRSZFERLD tratta la questione delle *mutazioni sierologiche* nella formazione dei gruppi sanguigni, dimostrando, fra l'altro, che l'isoagglutinabilità delle emazie del gruppo O può essere interpetrata come conseguenza di una mutazione incompleta del gene O. Tutto questo va riferito ad una legge generale, nel senso che nelle mutazioni incomplete mancano di isoanticorpi. Dal complesso di queste osservazioni, possono derivare importanti deduzioni per la dottrina dell'eredità e la siero-antropologia.

L'importanza delle mutazioni nella patologia ereditaria è messa in rilievo da N. W. TIMOFÉEFF-RESSOVSKY. Sono esse che forniscono la base della variabilità ereditaria e provocano le cause delle malattie e della disposizione ereditaria. La maggior parte delle mutazioni, di fatto, determina un abbassamento della vitalità e, quindi, delle malattie ereditarie, donde si ha la tara ereditaria. Sperimentalmente, si possono ottenere delle mutazioni con vari mezzi, fra cui principalmente con le irradiazioni jonizzanti. Tali esperimenti hanno, fra l'altro, un riflesso utile per evitare il pericolo di danni ereditari da mutazioni in individui esposti a dette irradiazioni.

E. MOHR si occupa dei geni letali, cioè di quelli che provocano disturbi così gravi da uccidere precocemente l'individuo durante il suo sviluppo, o poco tempo dopo la nascita (*geni subletali*), illustrando il suo dire con esempi tratti da materiale zootecnico ed umano.

R. ROSSLE, nel considerare la *patologia ereditaria dell'uomo*, rievoca la figura di Morgagni che ha rilevato l'ereditarietà di alcune malattie dell'uomo. Possono applicarsi le regole della genetica generale all'eredità patologica nell'uomo, ma questa deve prendere uno sviluppo autonomo, specialmente fondandosi sulla patologia dei gemelli. Trattasi indubbiamente di un problema difficile, particolarmente per le malattie politope.

F. A. E. CREW esamina la questione dal punto di vista della zootecnica e con la vasta esperienza che questa può fornire. I *geni mutanti* sono la causa dei difetti o delle malattie ereditarie. È possibile stabilire se una condizione patologica è trasmissibile o meno e la si può poi eliminare nella discendenza con adatti metodi. Lo studio della genetica comparata può essere di grande aiuto anche per la patologia comparata.

L'ampia relazione di A. CHIARUGI sull'*eredità in patologia vegetale* ha notevole importanza anche nei riflessi della patologia umana, dimostrando che, nell'ambito di popolazioni esposte ad agenti patogeni, l'immunità o la morbilità dipendono dalla segregazione di gene specifiche per la resistenza o la suscettibilità alle malattie. Anche l'aggressività dei parassiti è condizionata geneticamente. La malattia appare, quindi, come il risultato dell'interferenza dei fattori genetici dell'ospite e del parassita.

Il problema ha poi un grande interesse economico, allo scopo di aumentare ereditariamente la capacità di resistenza delle piante coltivate alle malattie, ciò che si può ottenere specialmente con l'ibridazione di razza e la successiva selezione dei prodotti derivanti dall'incrocio.

IV TEMA « PROCESSI REGRESSIVI NELLE PIANTE ».

L. PETRI si occupa della questione in generale, considerando non soltanto i processi che portano alla morte degli elementi cito- e istologici, ma anche quelli per cui si ha la formazione di tessuti anormali e li descrive ampiamente nel suo rapporto, che costituisce così una monografia sull'istopatologia vegetale. In molti di tali processi hanno grande importanza gli ormoni dell'accrescimento (auxine); sarebbe necessario riprendere in esame tutti i processi di degenerazione e di necrosi, alla luce delle nuove nozioni sui detti ormoni.

Strettamente limitato ai *processi regressivi nella cellula vegetale* è stato il rapporto di B. NÉMEC, il quale pure rileva l'importanza degli ormoni, specialmente di quello della sintesi plasmatica.

Molto interessante si presenta la relazione di QUANJER sul *significato delle modificazioni regressive dei tessuti per la diagnosi delle malattie delle piante*, fornendoci raffronti con la patologia animale. Diversa appare l'individualità delle due cellule, che rimane più conservata per quella vegetale, per cui la maggior parte delle malattie rimane localizzata e la reazione agli agenti patogeni è uniforme. Però, l'attenzione è stata finora rivolta quasi unicamente sugli agenti patogeni, mentre scarsa è stata per la pianta. Lo studio delle virosi delle piante e delle malattie da carenza ha fatto molto progredire la fitopatologia e la base anatomo-fisiologica si è dimostrata molto utile per la diagnosi di varie malattie delle patate e delle barbabietole, come lo sarà indubbiamente per altre piante utili. *fil.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Osservazioni gastroscopiche nell'anemia perniciosa.

Già da molto tempo sono noti i rapporti fra anemia perniciosa e alterazioni della mucosa gastrica. Le alterazioni più frequenti sono rappresentate dalla gastrite atrofica o ipertrofica. L'esistenza di queste alterazioni indusse a pensare che la causa dell'anemia perniciosa potesse trovarsi nell'alterazione della mucosa pilorica e duodenale. L'organo pilorico (cioè le glandole di Brunner dell'antro e il duodeno) secernerebbe il « fattore intrinseco », la cui assenza provocherebbe la malattia.

Naturalmente si fecero osservazioni gastroscopiche della mucosa gastrica dei malati di anemia perniciosa. Secondo Henning non in tutti i malati di anemia perniciosa si osservano alterazioni della mucosa gastrica, invece Gudzeit e Teitge trovarono in tutti alterazioni atrofiche che non si modificavano colla terapia epatica. Invece Lehmann vide regredire le alterazioni colla cura di fegato e così pure osservarono Jones, Benedikt e Hampton.

R. Schindler e A. M. Serby (*Arch. of intern. medic.*, febbraio 1939) studiarono gastroscopicamente 23 casi di anemia perniciosa, nei quali furono fatte 34 osservazioni gastroscopiche.

In nove casi non curati la mucosa fu trovata alterata in tutti; in otto c'era una gastrite atrofica (ma solo in 3 la gastrite aveva colpito l'intera estensione della mucosa). Dei 17 casi in cui l'anemia perniciosa era stata curata, 4 presentavano atrofia della mucosa, 6 presentavano solo alcune zone di atrofia, 4 avevano mucosa normale, 2 avevano polipi multipli della mucosa e 1 un polipo solitario.

Poichè tutti i malati non curati presentavano alterazioni gastroscopiche, sembra accertato che la lesione primaria visibile è la gastrite superficiale. La cura di fegato può ricondurre la mucosa allo stato normale o lasciarla inalterata o lasciarla alterarsi di più.

Il fatto che le alterazioni gastroscopiche osservate sono state più intense nelle porzioni alte dello stomaco e a volte sono mancate in corrispondenza dell'antro fa pensare che non sia vera la teoria per la quale l'anemia perniciosa dipenderebbe dalla mancanza del fattore intrinseco di Castle.

Probabilmente l'anemia perniciosa è in rapporto con due tipi di alterazioni gastriche: una primaria, probabilmente invisibile e riguardante quelle porzioni di mucosa gastrica che formano il fattore antianemico, e un'alterazione secondaria, dipendente dalla mancanza del fattore antianemico, la quale produce alterazioni non solo della mucosa dello stomaco, ma anche di quella della lingua e del faringe, e inoltre del sangue, del sistema nervoso.

L'assenza del fattore antianemico ha dato in qualche caso alterazioni atrofiche reversibili della mucosa gastrica senza alterazioni del sangue. Così in famiglia di malati di anemia perniciosa si sono avuti casi di anacidità anche all'istamina senza modificazioni ematiche.

L.

Gastrite da nicotina.

Weselmann (*Z. Blatt f. inn. Med.*, 29 aprile 1939) espone una serie di malattie gastriche, connesse con l'uso del tabacco; fra esse figura, con alta percentuale di 41,4 % la gastrite prodotto dal fumare. La diagnosi di gastrite è stata confermata dai risultati ottenuti con l'esame del succo gastrico, la numerazione delle cellule e lo spostamento dei leucociti. Le ricerche fatte con la somministrazine di nicotina mediante la sonda gastrica hanno confermata l'influenza della nicotina stessa sulla secrezione gastrica, le condizioni di acidità ed i rapporti cellulari nel succo gastrico. Perchè si esplichi l'effetto dannoso della nicotina sullo stomaco è di notevole importanza il tipo costituzionale con stigmate vegetative.

fil.

La duodenite.

Per molto tempo le affezioni catarrali del duodeno non sono state considerate, quantunque detto organo abbia una funzione centrale nel processo digestivo. H. Schnetz (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, 1938, n. 5-6) osserva che solo recentemente la duodenite ha trovato posto adeguato nella nosologia.

La duodenite è caratterizzata da una serie di segni tra i quali figurano in primo luogo le modificazioni del contenuto del succo duodenale: *a*) aumento delle cellule epiteliali e dei leucociti, presenza di eritrociti e di detriti cellulari che non provengono dalla bile, dal pancreas, dallo stomaco o dalle espettorazioni; *b*) aumento del muco, notevolmente più abbondante nel duodeno che nello stomaco; *c*) presenza di batteri (colibacilli, enterococchi, stafilococchi, streptococchi, ecc.); *d*) aumento del succo duodenale.

All'esame radiologico si riscontra tumefazione della mucosa (catarro ipertrofico).

Si notano inoltre sintomi pancreatici interessanti tanto la secrezione esterna (feci grasse o cretacee, inibizione dell'azione fermentativa del succo pancreatico con meteorismo, intolleranza per gli alimenti che provocano formazione di gas, i grassi, gli alimenti zuccherini o farinacei) quanto la secrezione interna (sindrome d'ipoglicemia spontanea con abbassamento della glicemia a digiuno, inibizione dell'iperglicemia alimentare o adrenalinica, ecc.).

Infine la regione duodenale può essere sensibile alla palpazione ed il malato può accusare sofferenze subiettive costituenti la sindrome della dispepsia (nausee, pirosi, riguargiti gassosi, senso di peso tra l'epigastrio e l'ombelico).

Si possono avere anche emorragie (ematemesi, enterorragie).

I sintomi più imponenti sono quelli pancreatici tanto che si può parlare di duodenite con pancreopatia funzionale secondaria.

L'affezione può essere associata ad avitaminosi per apporto insufficiente, per disintegrazione intestinale, o disturbi dell'assorbimento delle vitamine. La tendenza dei malati di duodenite alle emorragie, alla gengivite, alla piorrea alveolare, alle polineuriti, alla depressione psichica dimostra la deficienza delle vitamine C e B_1, tanto più che la somministrazione di queste vitamine fa scomparire i detti disturbi.

Il trattamento, oltre che nell'apporto vitaminico, consiste nel riposo degli organi affetti (duodeno, stomaco, vie biliari, pancreas), nell'eliminare l'eccesso o l'insufficienza dell'acidità gastrica, dei fermenti pancreatici ecc.

DR.

Stati di avitaminosi C o di ipovitaminosi C per disturbi dell'apparato digerente.

M. Vauthey (*Gazette des Hôpitaux*, 10 maggio 1939) dopo aver esposto il metabolismo della vitamina C (introdotta con gli alimenti) in individui con funzioni gastrointestinali normali, mettendo in evidenza la grande importanza che ha l'intestino tenue nell'assorbimento e nell'utilizzazione di essa, espone le cause ed il meccanismo per cui disturbi dell'apparato digerente possono essere l'origine di stati di avitaminosi o ipovitaminosi C.

Questa avitaminosi, oltre che per carenza di apporto (assoluta o relativa), può infatti instaurarsi anche per carenza di assorbimento dovuta:

1) a distruzione della vitamina C nel tubo digerente:

a) per modificazione della reazione chimica ambientale nel senso di diminuzione delle secrezioni digestive acide;

b) per modificazione dei succhi e fermenti digestivi, specialmente in rapporto a insufficienza della secrezione biliare;

c) per azione della flora microbica poichè per il prevalere di alcuni germi (b. coli e paratifo B in particolar modo) v'è eccessiva distruzione di vitamina C.

2) a diminuzione dell'assorbimento e della fissazione della vitamina da parte della parete intestinale;

3) ad acceleramento del peristaltismo intestinale.

F. TOSTI.

Etiologia della colite ulcerosa.

Per ricercare le cause della colite furono fatti da R. Lium e J. Porter (*Arch. of intern. medic.* febbraio 1939), esperimenti su colon di cani resecato per un breve tratto e portato fuori dell'addome, conservando intatto il peduncolo mesenterico e facendo una sutura intestinale capo a capo, secondo la tecnica di Parkerkeer.

Nel tratto intestinale in osservazione si osservò spasmo nelle prime 24 ore. Nella parte centrale del preparato compariva un'ulcerazione anche senza causa traumatica; poi lo spasmo scompariva e l'ulcera guariva e si aveva per un certo tempo aspetto normale e l'aspetto normale si manteneva fintanto che il preparato era protetto da medicatura umida. La secrezione mucosa si è mantenuta costante, medicando ogni giorno ed è stata pochissimo influenzata dalla digestione o dal digiuno, mentre la disidratazione ne diminuiva notevolmente la quantità.

Continuando questi esperimenti il Lium (nello stesso numero della medesima rivista) ha osservato che stimoli meccanici, stimoli da sostanze parasimpaticomimetiche (acetilcolina e prostigmina) e da tossine dissenteriche provocano alterazioni della mucosa con emorragia e ulterazioni e che, apparentemente, anche la tossina dissenterica agisce attraverso lo spasmo.

La colite ulcerativa può essere concepita come una reazione specifica a un gruppo di stimoli che possono produrre spasmo del colon. Questi stimoli possono dipendere da iperattività del sistema nervoso parasimpatico, da infezioni come la dissenteria e da deficienza vitaminica. Il colon divenuto spastico è potenzialmente capace di avere lesioni della sua mucosa.

L.

Gli estratti di fegato nella colite ulcerativa idiopatica.

Numerose terapie sono state tentate per il trattamento della colite ulcerativa idiopatica, ma nessuna si è mostrata efficace e poche hanno dato un minimo miglioramento. In passato, si è tentata la somministrazione orale di estratti epatici, ma a quanto sembra senza successo. G. Cheney (*Arch.intern. med.*, maggio 1939) ha usato un estratto di fegato ad alta concentrazione in 8 casi, somministrandolo per iniezioni endomuscolari, ottenendo delle definite remissioni della malattia; nei casi in cui si sono avute in seguito delle ricadute dopo la sospensione del rimedio, la successiva somministrazione di questo ha fatto ritornare lo stato di benessere, che si era avuto con la prima cura.

Si può ritenere che in 7 degli 8 pazienti studiati, i benefici ottenuti siano da considerarsi non come una coincidenza, ma realmente come un effetto della cura stessa; nell'altro il miglioramento si è avuto dopo un periodo

di anni in cui i sintomi morbosi andavano scemando e non può, quindi, attribuirsi alla sola epato-terapia.

È ovvio che la somministrazione dell'estratto epatico non può considerarsi come una vera cura, ma comunque essa si è dimostrata di effetto benefico, dovuto ad una sostanza ignota, ma ad ogni modo non identificabile con la vitamina B_1, B_2 o con la frazione G di Cohn.

fil.

Il trattamento della dispepsia e dell'ulcera duodenale con olio di oliva.

L. Meunier (*Presse Médicale*, 4 gennaio 1939) ricorda che l'alcalinità del duodeno dipende in gran parte dalla quantità delle secrezioni del pancreas, delle glandule di Brunner, e sopratutto del fegato in quanto la bile è la più efficiente neutralizzatrice dell'acidità del succo gastrico. Intanto l'insufficienza dell'alcalinità del duodeno può provocare affezioni diverse quali la dispepsia, l'ulcera duodenale, la litiasi biliare, la colecistite e l'atonia della cistifellea.

Le ricerche all'uopo istituite hanno dimostrato che la dispepsia e l'ulcera duodenale sono in gran parte determinate dall'insufficienza della secrezione biliare. Pertanto il trattamento di dette condizioni deve essere indirizzato sopra tutto ad aumentare la produzione ed il flusso della bile.

Ciò si può ottenere cercando di attivare per quanto più è possibile l'attività del fegato.

La cura più indicata al riguardo è quella dell'olio di oliva, il quale agisce non solo aumentando la secrezione biliare ma anche diminuendo quella gastrica. Si hanno quindi due azioni concorrenti al medesimo scopo, di aumentare l'alcalinità del duodeno.

L'olio di oliva si prende preferibilmente al mattino o tra i pasti alla dose di 1-4 cucchiai da tavola. Eventualmente si può aggiungere succo di limone sia per renderlo più gradito, sia per sfruttarne l'azione dell'acido citrico e delle vitamine contenute nel limone.

DR.

Azione delle banane sulla flora intestinale.

Dopo il lavoro di Haas (1924) il quale fu il primo ad introdurre nella cura del morbo celiaco, la dieta di banane, numerosi studi seguirono su questo argomento.

Weinstein L. e B. Maxwell (*The Review of Gastroenterology*, vol. VI, n. 1, 1938) somministrarono a 16 bambini e 9 adulti 3-4 banane al giorno. La cura veniva prolungata per parecchie settimane. Durante il trattamento, 1-2 volte la settimana veniva eseguita la coprocultura per la ricerca del L. acidophilus, il quale aumentava di numero nella I settimana di trattamento, raggiungeva il massimo nella seconda e scompariva verso la VI-VIII settimana. Nei casi di stipsi la somministrazione delle banane diede buoni risultati. Anche un caso di colite ulcerosa criptogenetica migliorò notevolmente in seguito alla dieta a base di banane.

DE MURO.

Regolazione glicemica dopo operazioni sullo stomaco.

Th. Straaten-M. Hünermann (*Archiv. f. Klin. chirurg.*, fasc. I, 1938) hanno studiato su un gran numero di malati di ulcera gastroduodenale, molti dei quali operati di resezione o di gastroenterostomia, la reazione ipoglicemica post-alimentare, già osservata da altri autori.

Dopo aver constatato la modificazione quasi costante della curva glicemica negli operati (resecati o gastroenterostomizzati), gli AA. discutono le teorie emesse per spiegare il fenomeno: influenza delle ghiandole endocrine; disturbo funzionale del sistema nervoso vegetativo, ecc.

Una buona tecnica operatoria, la quale eviti lo svuotamento troppo rapido o troppo lento dello stomaco, è la profilassi migliore per la ipoglicemia alimentare post-operatoria.

I pasti piccoli e ripetuti sono da consigliarsi in presenza della ipoglicemia, così come il riposo a letto dopo il pasto.

Il trattamento medicamentoso della ipoglicemia conseguente ad operazioni sullo stomaco, non ha dato alcun risultato.

G. D'ANTONA.

Il trattamento delle appendiciti perforate con peritonite.

E. Ducrey (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 10 marzo 1939) espone il metodo da lui seguito per il trattamento dell'appendicite perforata con peritonite, che gli ha permesso di conseguire risultati brillanti.

In tutti i casi operati l'appendice era gangrenata, perforata, ricoperta di fibrina; la perforazione datava da 12 a 60 ore ed i malati presentavano dei sintomi di peritonite acuta.

L'operazione, eseguita con narcosi eterea, consiste nell'incisione pararettale destra (consigliabile perchè si può prolungare al bisogno in alto e in basso e perchè permette di mettere bene in luce il campo operatorio) e nell'appendicectomia; a questo punto si fa una disinfezione della cavità peritoneale e del Douglas con 50-100 cc. di etere e quindi si introducono nel cavo addominale 30-50 cc. di siero antigangrenoso dell'Istituto sierologico di Berna. Si termina col drenaggio della cavità addominale.

Subito dopo l'intervento si pratica una iniezione endovenosa di 500 cc. di Tutofusine (soluzione sterile isotonica di sali sanguigni, cioè cloruro di sodio, sali di potassio e calcio, bicarbonato e fosfato di sodio) scaldata alla temperatura del corpo ed a cui vengono aggiunti 20-50 cc. di siero antigangrenoso e 1-2 cc. di coramina.

Ventiquattro ore dopo l'operazione si ripete l'introduzione endovena di Tutofusine con 20 cc. di siero antigangrenoso e si pratica una iniezione sottocutanea di soluzione fisiologica. Al terzo giorno si fa una ipodermoclisi di un litro di soluzione fisiologica e una rettoclisi di 300-500 cc. di soluzione glucosata.

F. TOSTI.

La terapia dell'asma di origine digestiva.

A. Jacquelin (*Presse méd.*, 25 febbraio 1939), in un caso di asma in cui le crisi si presentavano spesso con orticaria ed erano nettamente aggravate dall'alimentazione carnea, ha ottenuta una rapida e duratura scomparsa delle crisi stesse adottando un regime di crudismo: 3 pasti al giorno composti di fiocchi d'avena, pane integrale, burro fresco, miele e verdure crude grattuggiate con limone, olio di oliva, insalata, frutta. In seguito, ripresa di un'alimentazione normale con la carne soltanto a mezzogiorno, prescrivendo: 1) di masticare molto i cibi; 2) di prendere alternativamente ogni mese: per 15 giorni 50 cg. di pepsina e 15 gocce di acido cloridrico medicinale ad ogni pasto; e per altri 15 giorni, 50 cg. di pancreatina e 15 gocce di acido fosforico officinale.

In un'altra malata, in cui l'asma appariva unita all'emicrania e legata ad uno stato dispeptico di insufficienza epatica, con appetito quasi nullo, disgusto dei grassi, dolori all'ipocondrio destro e vomiti biliosi al risveglio, l'A. ha pure prescritto lo stesso regime ed, in seguito, come medicamenti dei colagoghi (solfato di magnesio per bocca ed iposolfito di magnesio per bocca e per iniezioni endovenose). Anche in questa paziente, ottimi risultati.

fil.

Il trattamento delle afte recidivanti della bocca.

P. Chevallier e Brumpt (*Soc. méd. des hôpitaux*, 3 marzo 1939) hanno rilevato alcune analogie fra le lesioni gastro-intestinali dello sprue e le afte ed hanno, in conseguenza, trattato tali afte recidivanti con l'epatoterapia, che si è dimostrata efficace nello sprue. In due malati, in cui le afte recidivavano incessantemente, con notevole risentimento sullo stato generale per l'ostacolo frapposto all'alimentazione, l'applicazione del detto trattamento ne ha determinata la scomparsa.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'agglutinazione di corpuscoli virus simili ottenuti da essudati di reumatismo articolare acuto.

Recenti studi (1935) sul reumatismo hanno ripresa la discussione sull'importanza di un virus nell'eziologia del reumatismo articolare acuto. Ammesso che un virus sia il fattore eziologico, con la centrifugazione di essudati pericardici o pleurici, AA. precedenti avrebbero ottenuto il deposito di particelle contenenti il virus, i corpi elementari del virus. Questi corpuscoli sarebbero specificamente agglutinati dai sieri di reumatismo articolare acuto, mentre non sarebbero agglutinati da altri sieri di soggetti affetti da forme diverse anche articolari.

Questi dati hanno fatto concludere che tali essudati contengono il virus del reumatismo acuto.

Nel 1937 Eagles, Evans, Fiher e Keith hanno trovato che queste agglutinazioni non erano positive solo nel reumatismo articolare acuto e che tali precipitati reumatici non producevano disturbi nelle scimmie ed in altri animali. Eagles e Bradley hanno voluto vedere se ci fosse agglutinazione coi precipitati reumatici nelle « artropatie » cioè nell'artrite reumatoide e nelle artropatie non classificabili come vero reumatismo, oltre che nel reumatismo articolare stesso. Hanno perciò osservato il comportamento del siero di 54 pazienti e visto che l'agglutinazione avviene ugualmente bene in questi vari tipi di forme, senza rapporto con le fasi cliniche della malattia.

Hardy Eagles e Bradley (*Quat. J. of Med.*, aprile 1939) discutono la possibile natura del fenomeno nei riguardi del reumatismo e l'utilità che può avere tale fatto per la teoria eziologica del virus.

CORELLI.

VARIA

L'azione cancerigena del tabacco biondo.

L'azione cancerigena del tabacco non è dovuta alla nicotina, ma al catrame contenuto nel suo fumo, che agisce sull'organismo come il catrame asfaltico. Queste le conclusioni al quale è giunto A. H. Roffo (*Boletin Istit. Med. Exper.*, aprile 1938) che successivamente ha fatto esperienze sulle varie qualità di tabacco, e particolarmente su quello biondo, turco ed egiziano. Ogni chilogramma di tabacco turco contiene 72 gr. di catrame, mentre quello egiziano ne contiene gr. 68,6. La tossicità di questi tabacchi è notevole: bastano poco più di due cmc. di tabacco egiziano per uccidere un ratto di un Kgr. Spalmando quotidianamente il catrame estratto da questo tabacco sulla faccia interna dell'orecchio dei conigli si ebbero in capo a 5-6 mesi fenomeni cancerosi, mentre gli animali testimoni rimanevano indenni. Il tabacco nero contiene una quantità di catrame inferiore a quella contenuta nel tabacco biondo, che ha un'azione cancerigena, quantunque eguale a quella del tabacco nero dal punto di vista istiopatogenico, molto più rapida.

Tenuto conto che un fumatore di sigarette consuma ogni anno in media un Kgr. di tabacco biondo si deduce che a contatto delle sue mucose vengono nello stesso periodo di tempo circa settanta gr. di catrame.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Assistenza medica ai dipendenti degli Enti di diritto pubblico.

È stato presentato alla Camera dei Fasci e delle Corporazioni un disegno di legge sull'ordinamento dell'Ente nazionale fascista di previdenza per dipendenti dagli Enti di diritto pubblico, che provvederà all'assistenza sanitaria dei 50.000 dipendenti dai detti Enti. L'adesione sarà obbligatoria, non più facoltativa, e non riguarda il personale che già gode per altre vie dell'assistenza sanitaria da parte di Casse Mutue, ecc. I soci beneficieranno delle cure mediche, dell'assegnazione gratuita delle medicine, per tutta la durata della malattia, dell'assistenza ostetrica, per le iscritte o per le mogli degli iscritti, della concessione, per una volta tanto, di speciali assegni in caso di morte dell'iscritto o di persona di famiglia.

CONCORSI.

Posti vacanti.

RICHIESTA DI MEDICI PER LE COLONIE

BENGASI. — L'Ispettorato di Sanità Pubblica di Bengasi ha richiesto d'urgenza al Sindacato cinque medici per i villaggi colonia: Baracca, Maddalena, Oberdan, Soluch, e Agedabia. Le residenze non sono affatto disagiate e sono collegate, con mezzi rapidi di comunicazione, a Bengasi. Stipendio mensile L. 2500 nette, più viaggio in prima classe di andata e ritorno da Siracusa. Il contratto sarà rinnovato mese per mese.

FOSSANO (Cuneo) vedere Savigliano.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.* — È aperto un concorso per titoli al posto di Consulente medico generale (grado 1°) dell'I.N.F.A.I.L. Il Consulente medico generale è il capo di tutti i servizi sanitari dell'Istituto, alle dirette dipendenze del Direttore generale.

Le domande, redatte su carta da bollo da lire sei e sottoscritte dai concorrenti, dovranno essere presentate, verso rilascio di ricevuta, o fatte pervenire per mezzo della posta in piego raccomandato con ricevuta di ritorno, non oltre il 31 agosto 1939-XVII alla Direzione generale dell'I.N.F.A.I.L. (Ufficio personale), via IV Novembre 144, Roma, ove può essere richiesta copia del bando.

Età limite 35-55 anni. La retribuzione annua, aumentabile ogni triennio, è di L. 48.000 e titolo di stipendio e 4.620 a titolo di supplemento di servizio attivo, oltre la indennità di famiglia; gratificazione di L. 10.000 aumentabile secondo i risultati di bilancio e quelli del servizio prestato nell'anno precedente.

SAVIGLIANO (Cuneo). *Consorzio Ospedaliero fra i Comuni di Savigliano e di Fossano.* — Per titoli: posto di Chirurgo primario. Stipendio annuo lire 12.000 e 4 quinq. Per indennità di trasporto L. 4000 con obbligo di essere provvisto di automobile. Sui proventi dalle prestazioni chirurgiche, compartecipazione in ragione del 50 %. Trattenute di legge. Età massima anni 45 al 22 maggio 1939. Certificato di servizio prestato in ospedali o in cliniche od in istituti universitari in qualità di aiuto o assistente ordinario per almeno quattro anni. Scadenza 31 luglio 1939.

Posti di studio.

Borsa di studio « Carlo Comba »

Presso la R. Università degli Studi di Firenze è aperto un concorso per una Borsa di studio biennale per l'ammontare di L. 3500 annue, intitolata al nome di « Carlo Comba », da conferirsi ad un giovane laureato in medicina e chirurgia che intenda perfezionarsi negli studi pediatrici, presso la clinica pediatrica medica della R. Università di Firenze. Possono partecipare al concorso giovani di nazionalità italiana laureati da non oltre tre anni al 15 giugno. A parità di merito saranno preferiti gli aspiranti che dimostrino di essere in condizioni economiche disagiate. Chiedere copia del bando alla Segreteria. Scad. 15 settembre 1939-XVII.

Borsa di studio « Carlo Forlanini ».

La Fondazione « Carlo Forlanini » di Milano bandisce un concorso per una borsa di studio da conferire ad un giovane medico per ricerche sulla tubercolosi. Essa verrà assegnata con decisione inappellabile del Consiglio direttivo della Fondazione.

La domanda di partecipazione al concorso, nella quale dovranno essere indicati il programma delle ricerche, l'istituto italiano o straniero prescelto e tutti quei dati che il concorrente riterrà utili per dimostrare al Consiglio direttivo della Fondazione la sua preparazione e la sua capacità ad espletare il programma delle ricerche proposte, dovrà essere recapitata alla sede della Fondazione « Carlo Forlanini » (Clinica Medica della R. Università di Milano, via F. Sforza 35) entro il 30 giugno 1940.

Possono partecipare al concorso soltanto i laureati in Medicina, che siano cittadini italiani e di razza ariana; su richiesta del Consiglio direttivo della Fondazione « Carlo Forlanini » ogni concorrente sarà tenuto a dare prova di tali condizioni, con documenti e certificati da presentare nel tempo assegnato.

L'ammontare della Borsa si aggirerà sulle lire quindicimila che il Consiglio direttivo della Fondazione si riserva di aumentare o di diminuire a seconda della natura delle ricerche, della loro durata e delle particolari esigenze ambientali in cui esse si svolgeranno.

Le modalità di versamento verranno stabilite dal Consiglio direttivo in base al programma presentato.

Il vincitore si obbliga: a presentare anzitutto al Consiglio Direttivo della Fondazione una relazione finale dattilografata sui risultati conseguiti; a non fare alcuna pubblicazione sulle ricerche condotte con la borsa di studio senza il beneplacito del Consiglio direttivo della Fondazione stessa; a inserire inoltre in ogni lavoro pubblicato sulle ricerche condotte con la borsa di studio l'indicazione: « Ricerche sussidiate con la Borsa di Studio " Carlo Forlanini " » ed a conse-

gnare infine alla Fondazione stessa n. 25 estratti dei predetti lavori.

Presidente della Fondazione è il prof. Domenico Cesa-Bianchi; segretario il dott. P. Somarelli.

Posti di studio « Lavinio Franceschi ». — Concorso a due posti di studio della durata di un anno, ciascuno di L. 3000, da assegnarsi a giovani toscani laureati in medicina e chirurgia, l'uno per il perfezionamento in Istologia normale, l'altro in Istologia patologica, presso la R. Università di Firenze. Scadenza: 30 novembre 1939-XVIII.

Concorsi a premi.

Premio « Carlo Forlanini ».

La Fondazione « Carlo Forlanini » di Milano bandisce un concorso per un premio non divisibile di L. 30.000 (trentamila), da conferire al miglior lavoro inedito sul tema « Le reazioni immunitarie al virus tubercolare ».

I lavori presentati verranno giudicati con decisione inappellabile dal Consiglio Direttivo della Fondazione « Carlo Forlanini ».

Le domande di partecipazione al concorso, nella quale i concorrenti dovranno dichiarare di essere autori del lavoro e dare anche assicurazione che questo non venne mai presentato ad altro concorso, nè sussidiato, nè pubblicato, ed il lavoro, in sette copie dattiloscritte, dovranno essere recapitati alla Sede della Fondazione « Carlo Forlanini » (Clinica Medica della R. Università di Milano, via F. Sforza 35) entro le ore 12 del 31 dicembre 1940. Le domande ed i lavori, sia pure inviati a titolo di sostituzione od aggiunta, che pervenissero dopo la chiusura del concorso, per qualunque motivo, compresi i casi fortuiti o di forza maggiore, non saranno presi in considerazione e pertanto ai fini del concorso figureranno come non presentati.

Potranno partecipare al concorso soltanto i laureati in medicina, che siano cittadini italiani, di razza ariana; su richiesta del Consiglio direttivo della Fondazione « Carlo Forlanini » ogni concorrente sarà tenuto a dare prova di tali condizioni con documenti e certificati da presentare nel tempo assegnato.

Al vincitore del concorso verrà corrisposto, a un mese dalla conoscenza dell'esito del concorso, la metà del premio in denaro; l'altra metà verrà corrisposta soltanto dopo la consegna alla Fondazione « Carlo Forlanini », da parte del vincitore, di n. 25 copie a stampa dell'opera premiata, entro un termine massimo da fissare dal Consiglio direttivo della Fondazione « Carlo Forlanini » e comunque non inferiore a sei mesi dalla comunicazione dell'esito del concorso.

Il Consiglio direttivo della Fondazione « Carlo Forlanini » si riserva la facoltà di erogare sussidi ai lavori non premiati, a titolo rifusione di spese.

I lavori dei concorrenti esclusi dal concorso e quelli non premiati dovranno essere ritirati, a cura e a spese dei concorrenti, entro due mesi dalla comunicazione dell'esito del concorso; trascorso tale termine diverranno di proprietà della Fondazione: ad ogni modo non incomberà alla Fondazione alcuna responsabilità di custodia.

Presidente della Fondazione è il prof. Domenico Cesa-Bianchi; segretario il dott. P. Somarelli.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Si è adunata a Rimini, sotto la presidenza di S. E. Antonio Baldini, Accademico d'Italia, la giuria per l'assegnazione del premio biennale « Elide Piccinini Stramezzi », per lavori storico-letterari sull'Emilia-Romagna e Repubblica di S. Marino.

La Giuria, della quale facevano parte il prof. Prassitele Piccinini fondatore del premio, il sen. avv. Innocenzo Cappa, l'avv. Manlio Gozi, l'avv. Eugenio Bianchini, il dott. Ezio Camuncoli e il segretario prof. Carlo Lucchesi, dopo una esauriente discussione sulle molte e dotte monografie sottoposte al suo esame ha designato vincitore del premio (L. 5000) Giovanni Semprini, autore dell'opera: « La filosofia di Pico della Mirandola ».

L'Università di Basilea, in occasione della cerimonia inaugurale di nuovi edifizi, ha conferito il dottorato *honoris causa* in scienze naturali al prof. Robert Doerr, titolare della cattedra d'igiene a Basilea; quello in medicina al prof. Eduard Fischer, titolare della cattedra di botanica a Berna, e al dott. Max Hartmann, direttore della Sezione scientifica della « Società per l'industria chimica » di Basilea.

Corrigenda. — Nel fascicolo scorso, pag. 1251, 3ª nomina, leggere: Ferrara anzichè Modena.

NOTIZIE DIVERSE

30° Congresso nazionale di ortopedia e traumatologia.

La Presidenza del Consiglio dei Ministri ha dato la sua autorizzazione, perchè il XXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia abbia il suo svolgimento a Bari, dal 18 al 20 settembre prossimo durante la X Fiera del Levante.

Il Congresso sarà presieduto dal senatore prof. Guaccero, direttore della Clinica ortopedica della R. Università « Benito Mussolini » di Bari. Due saranno i temi di relazione: « Ortogenesi e ortopedia »: relatore il prof. Carlo Marino-Zuco, aiuto della R. Clinica ortopedica e traumatologica della R. Università di Roma, e « Stato attuale della protesi in Italia », relatore il prof. Angelo Lavermicocca della R. Università di Torino.

Comitato europeo d'igiene mentale.

Il 6° Congresso del Comitato europeo d'igiene mentale si è adunato a Lugano dal 4 al 6 giugno, sotto la presidenza del dott. A. Repond. Erano rappresentati 14 paesi, da 80 delegati. Tema in discussione fu: « Comprensione mutua e igiene mentale ». Venne accolta una proposta della dott.ssa Doris Odlum, di compiere un'inchiesta nei vari Paesi d'Europa e di stabilire una nomenclatura internazionale sui disordini mentali. Venne ricostituito il Comitato europeo; alla presidenza fu chiamato il prof. Auguste Ley, di Bruxelles; alla segreteria il dott. H. Bersot, di Le Landerson (Svizzera). Per il prossimo congresso, che si adunerà nel giugno 1940, sono pervenuti inviti dalla Svezia e dall'Olanda.

Convegno regionale di talassologia.

Coll'intervento di un centinaio di medici ha avuto luogo il 29 giugno un convegno indetto

dal Centro di Studi Talassologici sotto gli auspici dell'Azienda Autonoma Riviera della Versilia e del Comune di Viareggio.

Il prof. Fiore ha svolto il tema della sua comunicazione: « Talassologia e puericoltura » sfatando il preconcetto che le cure marine non siano adatte per la piccola infanzia. Egli dimostra che anzi il soggiorno al mare ben disciplinato senza eccessi di esposizione a troppa insolazione e repentini e bruschi cambiamenti di temperatura cioè dal passaggio dalla vita cittadina alla immediata immersione nel mare, costituisca invece un ottimo coefficiente per lo sviluppo e l'irrobustimento del bambino.

Seguì una discussione, cui parteciparono i proff. Porlezza, Lenci, Simon, Sampaolesi, A. Alessandrini ed altri.

Altri congressi e convegni.

Sotto gli auspici della Società internazionale per bambini storpi e del Consiglio centrale per la cura degli storpi, si terrà la 4ª Conferenza mondiale dal 16 al 22 luglio, in Londra. Rivolgersi alla segreteria, 34 Eccleston Square, London S. W. 1.

Il 5° Congresso internazionale di pronto soccorso ai malati e infortunati si terrà a Zurigo dal 26 al 28 luglio. Per informazioni rivolgersi alla: Deutsche Zentralverband für Rettungswesen e. V., Dorotheestr. 28ª, Berlin NW 7, Germania.

La « Federazione mondiale delle Associazioni di insegnamento » comprende una Sezione sanitaria, la quale ha indetto l'8ª Conferenza biennale d'insegnamento sanitario a Rio de Janeiro, dal 6 all'11 agosto. Per informazioni rivolgersi a: Executive Secretary, Health Section Secretariat, 200 Fifth Avenue, New York, S. U. d'A.

La Società tedesca di microbiologia ha tenuto la sua 18ª riunione in Vienna, dal 20 al 30 marzo; vi hanno partecipato una rappresentanza italiana, diretta dal prof. Azzi di Torino e particolarmente bene accolta, ed una rappresentanza ungherese. Un resoconto sommario è dato in « Mediz. Welt. » del 24 giugno.

In varie località dell'America sono indetti, nel corso dell'anno, le seguenti riunioni internazionali: 3° congresso internazionale di batteriologia, New York (2-9 settembre); 3° congresso internazionale di batteriologia, New York (2-9 settembre); 3° congresso internazionale del cancro, Atlantic City (11-16 settembre); 3° congresso pan-pacifico di chirurgia in Honolulu (isole Hawai) (15-28 settembre); 8° congresso pan-americano del fanciullo, San José (Costa Rica), prorogato dal 28 agosto - 4 settembre al 12-19 ottobre; 2° congresso di cosmobiologia, New York, data da precisare; conferenza intergovernamentale dei paesi americani sull'igiene rurale, Messico, D. F., fine d'anno. Per informazioni rivolgersi alla « Oficina Sanitaria Panamericana », Servicio de Sanidad Publica, Washington, D. C., S. U. d'A.

Azioni giudiziarie.

Nell'ospedale Cochin di Parigi un minorato di guerra, recatosi a farsi medicare, mise inavvertitamente il piede su medicazioni imbevute di pus e scivolò, riportando una frattura alla testa del radio sinistro; dopo consolidazione, rimase limitazione funzionale, d'onde un'azione giudiziaria. L'infortunato chiedeva 3000 franchi per *pretium doloris* e 12.000 per indennizzo dell'incapacità parziale permanente, accertata in misura del 10 %. Il giudizio è durato 4 anni; il Tribunale della Senna ha respinto la domanda, negando la trascuratezza del personale ospedaliero nell'abbandonare il materiale di rifiuto sul pavimento e ammettendo invece la disattenzione della vittima, condannata alle spese.

Una impiegata addetta all'Ospedale di Romans (Francia), sig.na Callet, aveva preso un permesso e, all'atto di lasciare l'ospedale, nel cortile, riportò un infortunio. Ne è derivata una lunga causa, per indennizzo. La Corte di Cassazione, confermando una sentenza della Corte d'Appello di Grenoble, ha ora riconosciuto che si tratta di infortunio sul lavoro e indennizzabile, perchè sopravvenuto mentre l'impiegata era ancora nello stabilimento.

A Londra si è avuta un'azione giudiziaria promossa dalla « Società di protezione medica di Londra e Contea » contro certo Francis D. Deacon, che si faceva attribuire il titolo di dottore perchè diplomato dalla Scuola britannica di osteopatia e dalla Scuola Taylor di biopsicologia (*sic*). Il titolo faceva supporre che egli fosse diplomato da una scuola medica. Il Deacon è stato assolto, perchè il « dottorato » non è necessariamente medico. Qualche anno addietro però lo stesso corpo giudicante aveva condannato lo stesso professionista, perchè questi aveva usato il titolo di « dottore » sulla targa della porta. Evidentemente v'è contraddizione tra i due giudizi...

Negli Stati Uniti: il chiropata H. H. Michaels è stato condannato, perchè si attribuiva la qualifica di « Dr. », mentre questa nel Wisconsin, dove egli esercita, è riservata ai diplomati in medicina e chirurgia o in osteopatia o in osteopatia chirurgica e non può essere attribuita ai chiropati. La condanna è stata confermata dalla Corte Suprema.

Il redattore-capo del « Journal Amer. Med. Assoc. », dott. M. Fishbein, ha sostenuto una causa giudiziaria, alla Corte Federale del Texas, nelle seguenti circostanze. La scrittrice Mary Rose Bradford si era rivolta al periodico « Reader's Digest », per chiedere se sarebbe stato accettato un articolo su di un rimedio contro la tubercolosi, vantato e largamente usato dal dott. Ase Brunson. Il Fishbein rispose che si trattava di un rimedio ciarlatanesco e pericoloso. Al dibattito questo assunto potè essere largamente documentato e il Fishbein è stato assolto, mentre la parte agente è stata condannata alle spese.

Sabotaggio di un ospedale per cancerosi a New York.

Un grandioso ospedale per la cura del cancro è sorto a New York; il costo di esso raggiunge 5 milioni di dollari (100 milioni di lire it.). All'inaugurazione, avvenuta il 26 giugno, il direttore dott. James Ewing ha detto testualmente:

« È con rammarico che debbo dichiarare che l'intero programma è stato minorato, dal principio alla fine, dalle richieste stravaganti e dagli atti arbitrari delle Unioni operaie che hanno fat-

to aumentare il costo dell'edificio di circa il venti per cento — non posso essere preciso in argomento, perchè in certi reparti l'aumento del costo è stato anche maggiore — e ne ritardarono l'inizio e ci obbligarono a diminuire di venti piedi la lunghezza dell'edificio, il che ha portato in vari reparti una diminuzione di spazio là dove esso invece sarebbe stato maggiormente necessario ».

È da notare che questo ospedale, il maggiore del mondo per la cura del cancro, non era una impresa commerciale o speculativa, ma un grande contributo filantropico alla lotta contro il flagello del cancro; costituisce un ambiente dove gli stessi operai potranno ricevere le cure che la scienza e l'abilità umana hanno finora attuato.

Un po' dovunque.

Il primo viaggio nazionale organizzato dal Sindacato Fascista dei Medici è stato compiuto da un gruppo di duecento sanitari alle Terme dell'Italia centrale; è riuscito interessante e ricco d'insegnamenti.

Il 15 giugno, nella ricorrenza del primo centenario delle cure di Salsomaggiore, il consigliere naz. gr. uff. Augusto Rebucci ha tenuto, nel salone dello Stabilimento, gremito di autorità e di pubblico, la commemorazione ufficiale di Lorenzo Berzieri, precursore e di Giovanni Valentini, realizzatore della fortuna della grandiosa Stazione Termale.

Con D. M. risp. del 22 febbraio e dell'11 aprile 1939 è riconosciuto il carattere scientifico ai Regi Istituti Fisioterapici Ospedalieri in Roma ed all'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per la cura del cancro in Milano, ai fini dell'applicazione del R. D. n. 1631, del 30 settembre 1938.

Un breve corso sulla storia della medicina si terrà dal 25 al 27 luglio nello « Institut für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften » di Berlino (Universität), diretto dal prof. Diepgen.

Un breve corso sui metodi della statistica medica si terrà nello « Kerckhoff-Institut » di Bad-Nauheim (Germania), dal 25 al 27 settembre; seguirà un « seminariato » d'applicazione alla statistica eredologica, dal 28 al 30 settembre (il numero dei partecipanti è limitato). Quota d'iscrizione 25 RM.

« Ormoni », rivista mensile diretta dai proff. N. Pende e G. Di Macco, ospiterà lavori originali e rispecchierà i progressi compiuti nello studio e nelle applicazioni pratiche degli ormoni, attraverso rubriche di riviste sintetiche e di recensioni.

L'abbonamento importa L. 50 per l'Italia, L. 130 per l'Estero. Direzione: Istituto di Patologia Medica, Policlinico Umberto I, Roma. Amministrazione: Istituto di Patologia generale, Corso Raffaello 30, Torino.

Lo « Archiv für Verdauungskrankheiten » ha cambiato il nome in « Gastroenterologia — Journal International de Gastro-entérologie — International Journal of Gastro-enterology », assumendo carattere internazionale. Editore: S. Karger, Basilea, Svizzera.

Una stretta collaborazione scientifica viene attuandosi tra Svezia, Norvegia, Danimarca, Finlandia e Islanda; trova espressione nei notissimi « Acta Scandinavica », i quali comprendono varie sezioni: medica, chirurgica, ostetrico-ginecologica, ecc. Una nuova manifestazione è data ora dal « Nordisk Medizin », che esce dal 1° gennaio 1939; esso fonde otto pubblicazioni periodiche e s'indirizza agli abbonati di ciascun di esse; importa economia di carta e — pare — maggiore efficienza.

La Società di Scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è adunata il 30 marzo e il 27 aprile, con la presidenza del dott. Schenardi. Nella prima di queste sedute sono state fatte comunicazioni dai soci: Tramontini (due comunicaz.), Opocher, Ferrari; nella seconda è stato commemorato, con un discorso del dott. Schinardi, il prof. Coletti, che fu presidente della Società.

Sono stati revocati, per l'intervento del senatore Bastianelli presso il Ministero dell'Interno, i provvedimenti presi contro tre oculisti di Palermo, il prof. Antonio Bellavia, il prof. Benedetto Tristaino, e il dott. Salvatore Migliorino. Con questi provvedimenti i tre oculisti suddetti erano stati inviati al confino di polizia per la durata di un anno per zuinaggio. Data la personalità degli accusati, e l'evidente sproporzione fra la colpa e la pena, tali provvedimenti sono stati ora revocati. (Ce ne compiacciamo con i tre insigni professionisti e con il segretario del Sindacato Nazionale, che tutela il prestigio e la dignità della classe).

Il prof. Antonio M. Austregesilo, dell'Università di Rio de Janeiro, ha tenuto il 17 maggio, nella sede dell'Accademia Medica Lombarda, una conferenza sul concetto moderno della neuromielite epidemica; ha parlato in italiano. Ha illustrato l'esposizione con proiezioni.

I medici laureati a Pavia nel 1915 si sono dati convegno l'8 giugno al Santuario di Duno.

Il 18 giugno S. M. la Regina Imperatrice ha inaugurato il Centro Regionale di recupero dei poliomielitici nell'Ospedale dei Bambini di Ancona, diretto dal prof. Caucci. L'Augusta visitatrice s'è molto interessata ai 50 poliomielitici, in varie fasi di trattamento.

Nell'Ospedale « Serafini » di Stoccolma, quattordici medici assistenti hanno rassegnato le dimissioni, a partire dal 1° luglio, indottivi dall'onorario insufficiente e dalle camere d'alloggio inadeguato; a questi motivi si è ora aggiunta una decurtazione dei compensi accessori. (Münch. M. W., 30 giugno 1939).

Il presidente della Repubblica del Perù, generale Oscar R. Benavides, ha collocato la prima pietra del nuovo Istituto del cancro che sorgerà a Lima, sull'avenida Alfonso Ugarte. L'Istituto sarà fornito di laboratori di studio e di molto personale scientifico. È ben dotato di radium.

A Parigi si è svolta « la settimana dell'esposizione della trasfusione sanguigna ». Per una settimana, fino al 26 giugno, nella sede dell'opera « Trasfusione sanguigna d'urgenza » presso l'Ospedale di Sant'Antonio, i medici addetti hanno proceduto alla determinazione gratuita del gruppo sanguigno in tutte le persone che si presentavano. Il presidente della Repubblica Lebrun e la sua signora, accompagnati dal ministro della sanità pubblica Marc Rucart, hanno visitato la sede sociale; sono passati poi a visitare la nuova Maternità nello stesso Ospedale. Il Ministro ha consegnato alla signora Deutsch de la Meurthe la

croce di commendatore dell'Ordine della Sanità Pubblica, in riconoscimento dell'attività svolta a favore di questo Centro medico.

Le autorità sanitarie argentine hanno ordinato la mattazione e cremazione di alcune partite di bovini per riproduzione, provenienti dagli Stati Uniti e dall'Inghilterra, avendo accertato che gli animali erano colpiti da brucellosi e da tubercolosi malgrado i certificati delle autorità sanitarie d'origine. D'altra parte gli Stati Uniti e l'Inghilterra pongono molte restrizioni all'importazione di carni dall'Argentina, danneggiando così l'economia di questa nazione.

Col 1° gennaio 1939 è andata in vigore, nella Svezia, una legge che autorizza l'aborto per ragioni mediche, penali e biologiche, non per ragioni d'indole sociale; l'autorizzazione all'aborto compete alle autorità sanitarie.

Dopo varie proroghe, col 1° ottobre 1939 andrà in vigore in Danimarca, una legge sull'aborto. Questo potrà essere attuato solo se la gravidanza mette in pericolo la salute o la vita della madre; potrà essere praticato solo da medici e solo in ospedali, senza retribuzione.

La Società Medico-Chirurgica di Pavia ha pubblicato l'« Epistolario » di Antonio Scarpa (1772-1832), raccolto dal prof. Guido Sala. Il volume in-8° consta di 883 pagine. È rilegato in tela. Contiene il ritratto di Antonio Scarpa e la riproduzione di sette autografi. È in vendita presso la Tipografia già Cooperativa, viale dell'Impero n. 12, Pavia. Prezzo Lire 150.

Al Senato francese il sen. Dormann ha parlato ampiamente sulla denatalità che imperversa in Francia, ove durante il 1938 si è avuta un'eccedenza di 45.000 decessi, in contrasto con quanto avviene in altri Paesi, sovratutto in Italia e Germania; ha fermato l'attenzione anche sull'esodo rurale.

Alla Camera dei Pari si è svolto un dibattito sul problema demografico; i rappresentanti di vari partiti hanno espresso preoccupazioni pel declino delle nascite. Sono state chieste misure sul tipo di quelle adottate dall'Italia e dalla Germania.

A Tolone un vicesegretario del Comune aveva fatto nominare ispettrice medica delle scuole la propria moglie, benchè ella non avesse affatto nozioni di medicina. L'episodio fa parte di tutta una serie di malversazioni scandalose commesse al Municipio dall'amministrazione socialista.

Il Tribunale di Parigi ha pubblicato la sentenza contro il gran rabbino di Brooklyn, Isacco Leifer, che si dedicava al traffico degli stupefacenti spedendo da Parigi in Palestina e in America copie del Talmud, nelle cui rilegature erano nascosti sacchetti di eroina.

Il Leifer è stato condannato a due anni di prigione e a cinquemila franchi di ammenda.

Nell'Equador il dott. Alfonso Villagomez Ramon, delegato d'igiene, incaricato del Governo di combattere un episodio di peste manifestatosi a Riobamba, ha contratta la malattia, nella forma polmonare, e ne è morto malgrado le cure apprestategli; contava 36 anni. Sono morte pure alcune Suore di San Vincenzo dei Paoli, che prestavano le loro cure ai malati; due di esse erano state assistite dal Villagomez. La Società medico-chirurgica di Guyas ha approvato un ordine del giorno in cui propone di perpetuare, nella Repubblica dell'Equador, la memoria di queste vittime dell'umanità e della scienza.

In dieci scuole di New York un centinaio di bambini, dopo la refezione a base di riso, hanno presentato sintomi d'avvelenamento e la maggior parte dovettero essere trasportati negli ospedali.

È morto a Chicago, in età di 51 anni, il dott. Galewood, che non aveva prenomi perchè alla nascita i genitori non furono d'accordo su quelli da dargli e infine decisero di lasciarlo libero di sceglierseli, quando egli avrebbe avuta l'età della ragione; ma egli preferì di farne a meno, dando così origine ad una certa notorietà.

Indice alfabetico per materie.

Afte recidivanti della bocca: trattam. *Pag.* 1289
Anemia perniciosa: gastroscopia . . . » 1284
Aneurisma traumatico della poplitea » 1264
Appendiciti perforate con peritonite: trattamento . . . . » 1288
Arterie periferiche: obliteraz.: terapia » 1275
Asma di origine digestiva: terapia . » 1289
Banane: azione sulla flora intest. . . » 1288
Bibliografia . . . . » 1280
Climaterio maschile . . . . » 1272
Colite ulcerosa: azione degli estratti di fegato . . . . » 1287
Colite ulcerosa: etiologia . . . . . . » 1287
Duodenite . . . . » 1284
Elettrocardiografia: derivazione precordiale . . . . » 1274
Gastrite da nicotina . . . . » 1284
Gastroenteropatie e carenza di vitamina C . . . . » 1287
Influenza: etiologia . . . . » 1277
MAYO C. H. . . . . *Pag.* 1279
Medicina sociale . . . . » 1290
Olio di oliva nel trattam. della dispepsia e dell'ulcera duodenale . . . » 1288
Ormoni: azione locale . . . . » 1273
Paraminofenilsulfamide: ricerche sierologiche su ammalati sottoposti a terapia con — . . . . » 1259
Patologia comparata: congresso . . . » 1282
Polmonite: cura con sulfapiridina . . » 1278
Psicastenia ed epilessia: rapporti; epilessia psicastenica . . . . » 1262
Rene ischemizzato: azione ipertensiva » 1275
Reumatismo artic. acuto: etiologia . » 1289
Spallanzani: umanesimo critico e umorismo . . . . » 1270
Stomaco: operazioni sullo —: azione sulla glicemia . . . . » 1288
Strofanto: (K) — strofantoside . . . . » 1276
Tabacco biondo: azione cancerigena . » 1289

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 17 Luglio 1939 - XVII Num. 29

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Rilievi e commenti: F. C. de Villa, F. Corelli: Sulla epatite allergica.
Note e contributi: F. Canova: La sternomedullocultura nel tifo.
Osservazioni cliniche: E. Agostinelli: Note di falloplastica. A proposito di un caso di strappamento della pelle del pene e dello scroto.
Sunti e rassegne: RICAMBIO: G. Sotgiu: Sulla così detta diatesi ossalica. Contributo sperimentale e considerazioni cliniche. — K. Voit: Patogenesi dell'uremia. — K. Birchner-Mortensen: Diagnosi della gotta. — EPIDEMIOLOGIA: M. Fey: Osservazioni sulla epidemia di poliomielite in adulti a Colonia nell'autunno 1938. — A. LEON: Contributo batteriologico ed epidemiologico allo studio di una epidemia circoscritta da Salmonella. — FARMACOLOGIA E TERAPIA: A. Ravina: Qualche nuova applicazione terapeutica del potassio. — M Ernst: L'uso di soluzioni anisotoniche nella cura delle oscillazioni della pressione endocranica.
Divagazioni: Oudard: La vita a bordo dei sottomarini.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli. — R. Accademia di Medicina di Torino. — Seduta della Società Medica della Libia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: False sindromi addominali acute. — Addome acuto malarico. — Cancro della testa del pancreas: un caso curato coll'operazione radicale. — A proposito di neoplasie sviluppate sulle cicatrici operatorie. — Ematomi e flemmoni cronici profondi della parete addominale di difficile diagnosi clinica. — Anafilassi, narcosi e prenarcosi. — Iniezioni intracardiache di atropina nelle sincopi da narcosi. — La trasfusione di sangue conservato nelle armate in guerra. — Influenza della trasfusione sulla quantità di sangue. — PATOLOGIA: Classificazione delle affezioni reumatiche acute ed articolari di varia origine. — MEDICINA SCIENTIFICA: La lipemia nei soggetti normali e nei cardiopazienti. — VARIA.
Le pagine dello specialista: P. A. MEINERI: Appunti di terapia dermatologica.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

RILIEVI E COMMENTI

Sulla epatite allergica.

Era logico che il Corelli, della Scuola Romana, coinvolgesse nel campo allergico il quadro ben noto sin dagli antichi tempi, passato sotto il nome di « itterizia catarrale », oggi meglio definita come « epatite infettiva ». Però dalla lettura delle tre puntate apparse nel « Policlinico » devo francamente concludere che non solo non trassi elementi di persuasione tali da far sorgere in me dubbio sui concetti che già potevo essermi formati su questa forma o quadro morboso, ma tanto meno tali da mandare alla deriva canoni fondamentali della biologia e della patologia. Nonostante le debite interiezioni e il cauto passo, in definitiva lo svolgersi del suo studio ci ha dato la netta impressione di un lavoro a tesi fissa. Egli sostiene l'arco allergico su due spalle, una delle quali è la cura desensibilizzante, l'altra è l'infiammazione sierosa di Eppinger. Non si è accorto l'A. che la etiologia e la patogenesi di una forma così comune, sono ancora oscure in rapporto soltanto alla questione della natura dell'ittero. E si può subito anche notare che, se il quadro della malattia fu generalmente e sempre ritenuto come benigno, ciò significa che esso è qualche cosa di diverso dagli altri quadri, che pure manifestandosi in uguale maniera, sfociano in forme gravi ed esiziali. E aggiungiamo anche con un vecchio e grande Maestro di Clinica, che « nella scienza bisogna sempre accettare con diffidenza le spiegazioni troppo sempliciste ».

E quanto alla terapia desensibilizzante, la quale dovrebbe rappresentare uno degli stipiti della porta allergica attraverso cui scivola volentieri il Corelli, credo di dover notare pure subito che le epatiti infettive benigne del tipo

delle comuni itterizie così dette catarrali, guariscono con qualsiasi cura dietetica e medicamentosa e anche senza cura.

Chi non sa come in certe campagne i pazienti usino mezzi empirici di terapia con risoluzioni davvero sorprendenti? Mi si perdoni la digressione, ma pur ammettendo che qualche rarissimo caso si ingrani nel complesso sistema allergico, per noi la eccezione conferma la regola.

È il Corelli stesso che ci riporta la definizione: si tratta di una vera e propria affezione del parenchima, di una vera epatite (Rossle, Eppinger, Widal, Abrami, Fiessinger, Loeper, D'Amato, Lephene). E poichè, nonostante tutti gli emendamenti e ondeggiamenti nelle opinioni, si deve ancora ritenere col Wirchow, che la patologia umana non è che patologia della cellula, vera unità della vita, anche per questo lato ci discostiamo dall'idea del Corelli, di voler cioè spiegare con la epatite sierosa interstiziale l'alterazione del parenchima epatico.

Non è dubbio, almeno per la nostra personale esperienza, che non vi è che di rado un solo caso di ittero catarrale isolato. Nel gennaio scorso già da più di due mesi curavo degli itteri acuti: io pure ne fui affetto. Il castello allergico di fronte a questo dato positivo della contemporaneità dell'itterizia si sgretola in qualche pietra. La sintomatologia, attentamente osservata, fu la seguente: periodo dispeptico, urine cariche, fegato debordante, appetito conservato; sclere gialle, cute itterica, feci acoliche; il prurito comparve nella seconda metà della malattia, durata circa un mese. Nessun postumo, nulla nell'anamnesi remota e recente. Cura: colagoghi e dieta ad hoch.

Senza dubbio la epatite da me sofferta fa parte di quelle di natura infettiva.

Francamente poi non vediamo nel concetto della « permeabilità » colmata nessuna fossa, nonostante il parere del Morpurgo. La così detta infiammazione interstiziale sierosa, è espressione di una vera infiammazione di cui conosciamo i vecchi postulati e non è che un aspetto particolare di reazione di fronte all'interessamento del parenchima sofferente. E nell'un caso e nell'altro non può da essa derivare luce sulla forma allergica. La alterazione interstiziale sierosa non rappresenta che una trasudazione plasmatica in diretto rapporto con le primitive lesioni della cellula epatica. È soltanto in un secodo tempo che l'alterazione si complica per interferenze funzionali e morbose con dissociazioni, disorganizzazioni del tessuto. E la essudazione maggiore o minore va considerata nel suo significato generico e complessivo ed anche le alterazioni della permeabilità capillare, e lo spasmo della muscolatura liscia non sono affatto specifiche dell'allergia.

E se è vero, come è verosimile, che nel processo infiammatorio vi compartecipino in prevalenza gli aminoacidi, ci potremmo anche spiegare (Dale, ecc.) senza ricorrere all'allergia, gli abbassamenti della pressione, la vasocostrizione delle arterie e le paralisi nelle formazioni contrattili, la trasudazione di plasma dai capillari verso i tessuti e l'azione pomfigena, sul tipo dell'istamina, esternamente sulla cute.

Quanto alla febbre, che talora c'è o non c'è, mille ragioni la possono spiegare senza ricorrere all'allergia: può originarsi dal processo infettivo, quello stesso che poi attacca il fegato, può essere dovuta a tossici del metabolismo anormale, da squilibrio nei centri termoregolatori, dal ricambio stesso alterato di tutto l'organismo, ecc.

E parimenti molte obbiezioni si possono fare a proposito della triade fenomenologica del periodo così detto preitterico. Al quale riguardo è necessario anzitutto domandarci: la sintomatologia gastrointestinale, articolare e muscolare; la cutanea (edemi, orticaria, prurito) e altri fenomeni, come cefalea tipo emicrania, ecc.) equivale a reattivo allergico o a reattivo dismetabolico epatico con tutte le sue interferenze per via umorale, nervosa, anatomica, ecc.? In altre parole tutto questo corredo di fenomeni è contemporaneo, susseguente o preesistente alla lesione epatica? Senza dubbio se sorprendessimo il male *ab initio* troveremmo già le traccie della lesione epatica che darebbero ragione dei suddetti fenomeni senza imputarli all'allergia. Per meglio illustrare il mio concetto voglio riportarmi ad Hardonim, Schwartz, Johnston i quali dimostrarono come certe malattie acute infiammatorie, tipo per es. la dermatite erpetiforme, sieno accompagnate da segni di intossicazione generale (non parlano di allergia), quali cefalea, dolori reumatoidi, fiacchezza, e sieno precedute da una diminuzione di urea, e come le eruzioni appaiano nel momento in cui la diminuzione di urea ha raggiunto il suo acme. Del resto nulla si oppone a ritenere che il complesso tossico, di varia origine e natura, circolante nel sangue agisca direttamente sulla pelle come irritante, flogogena, pruritica, algesica e indirettamente attraverso il sistema nervoso.

Vi è perciò, secondo che a me sembra, « somiglianza » non « uguaglianza » tra le manifestazioni cutanee allergiche del Corelli e l'allergia. La eosinofilia, il metabolismo a carattere catabolico non li abbiamo forse nella dermatite e nel prurigo? Gli acidi biliari non hanno azione di per sè stessa emolitica sulle emazie e intaccano le pareti vasali dando porpore, dermografismo emorragico nelle lesioni epatiche? Non ci vogliamo spingere più oltre, ma basta rimarcare i lavori del Gougerot, Salin, Teissiere, Cade, e Chalier, Burger, Gaston, Pye Smeth, W. Legg, Chaubard, ecc. per convenire nel fatto che molti stati morbosi quali una colemia, una itterizia, una atrofia, un cancro, una cisti idatidea, la stessa calcolosi epatica, possono dare ben gravi ripercussioni sulla cute (naevi angiomatosi, xantoma ecc.).

Chi oggi ignora come tutta la sintomatologia cutanea (forme eritematiche, disseminazioni eritematose, urticaria, eritemi essudativi, papulosi, ecc.) può dipendere tanto dalla bile quanto dai prodotti tossici derivati dal parenchima epatico alterato? (Lewer, Hanot). E poichè il ricambio dei carboidrati è uno dei compiti più importanti della cellula epatica a che scopo invocare l'allergia per il risentimento cutaneo (diminuita secrezione dell'epidermide, asteotosi, asteatoidrosi, anidrosi) e delle ghiandole sebacee e sudoripare? Non può forse lo stato disglicemico occasionare e favorire malattie di ogni specie e in ogni apparato e organo?

Ben giustamente è da citare il Bosellini, il quale, logicamente, ci osserva che ai più diversi agenti causali fisici, chimici, infettivi possono corrispondere le stesse manifestazioni cutanee e che molte volte in pratica, ignari della loro essenza e natura, dobbiamo limitarci a definirle con parole alquanto vaghe come dovute a discrasia, idiosincrasia, allergia, anafilassi, immunità, ecc.

Se ho insistito sul quadro cutaneo si è perchè esso è la facies più appariscente dell'ipotetico stato allergico, ed è quello che forse più collima con quest'ultimo; ma quali sono state da parte del Corelli le prove e gli argomenti a sostegno del suo punto di vista? Similitudini e null'altro.

Si potrebbe poi anche porre qui una pregiudiziale. Proprio il fegato, l'organo (Pende) per eccellenza deputato a tutte le azioni chimiche più complesse, posto nell'organismo quasi come un blocco antiallergico, deve soccombere così facilmente e volubilmente all'insulto di un qualsiasi quid allergico? Tutt'al più si potrebbe concedere che una volta defedata e travolta la muraglia (idealmente inaccessibile) del fegato si abbiano in via secondaria dei riflessi che il Corelli cataloga fra gli allergici.

Si è sicuri per es. che il prurito sia un fenomeno allergico o invece dovuto ai sali biliari o non piuttosto, come sostengono molti dermatologi, a tensione degli strati superficiali dell'epidermide dipendente da fenomeni osmotici o per altre condizioni che ci sfuggono nella loro essenza e dipendenti dalla alterazione epatica?

Il Corelli enumera diverse cause capaci di determinare l'ittero allergico. Anche passando sopra al fatto che le anamensi troppo spesso sono causa di illusioni e di errori, certo si è che in via sperimentale non si è mai riusciti a riprodurre l'ittero, e che, la mancanza di acidi biliari nel sangue, con la presenza di bilirubina, ci indirizza sulla natura del nostro ittero. E se ci riferiamo ai casi simili a quelli del Cappellaro, di Lasch, Busche, Max, Michaell, nei quali, in seguito a una spirochetemia con Wassermann, Meinecke negative, si aveva dolore alla regione epatica, prurito generale, astenia intensa e ittero, viene dato un altro colpo all'allergia « dea ex machina » dell'ittero e si potrebbe essere indotti a condividere il dubbio del Milian, che, forme itteriche, considerate catarrali o di altra natura, posson avere rapporti di dipendenza con una lue iniziale, e ad associarci anche a Chatellier e Bennetene i quali affermano che manca una sintomatologia clinica che differenzi queste forme di ittero da itteri di altra natura. E come si potrà allora ammettere che proprio tutti i cento casi del Corelli militino sotto le insegne della sindrome allergica?

E perchè non si potrà candidamente riconoscere col Murri e confessare che « fra le cose che furono e che sono sempre le stesse sotto il sole c'è anche la nebbia che è fra le cose più vecchie? ».

Se l'uso di particolari cibi provoca l'ittero, ciò può dipendere da che il parenchima epatico non sopporta i prodotti sott'ultimi di essi, e ciò del resto analogamente a quanto si osserva alla prova del potere proteopessico (sindrome emoclasica del Widal) che si verifica non solo negli epatici ma anche nei sani e nei malati di altri organi (Pende).

Ma il cavallo di battaglia del Corelli sarebbe dato dall'ittero ex-emotione. Certamente non può attribuirsi ad una semplice coincidenza; ma la interpretazione che vi dà il Corelli è affatto arbitraria. Se dovessimo riportarci all'azione degli spasmolitici per interpretarla, Dio ce ne guardi: potrei ricordare un caso di

cardiospasmo portato sino al tavolo operatorio che non cedette a nessun medicamento ma solo alla paura del bisturi! E se si pensa ancora ai due casi di ittero del Berardinelli manifestatisi dopo la notte di matrimonio e ai lavori di Muscal e Pavel di von Habere i quali ci dimostrano come dei semplici spasmi dell'Oddi sieno capaci di provocare l'ittero e a quelli di Chiray e Lomon sulle distonie e discinesie vescicolari e di Rohinson sulle coliche epatiche nervose, ci sembra doveroso di ritirarci dal convivio allergico.

Concludendo: pensare allergicamente nella epatite itterica acuta (Lephene) significa obliterare le sane vie della osservazione, ipotecare il libero esame degli elementi positivi, e poichè (Murri) i clinici non devono inventare ma guardare, e, se sanno guardare, vedere, amaramente constatiamo che i fatti di oggi sono per noi gli stessi fatti di ventiquattro secoli fa e che di sognatori non c'è mai stata penuria.

1° maggio 1939-XVII.

Dott. F. C. DA VILLA.

BIBLIOGRAFIA.

Le itterizie. Relaz. Congresso med. int. 1922. Cappelli Ed. Bologna, 1923.
Tratté de phisiologie normale et patologique. Fonctions epatique et exretion, vol. III, 1926.
La genesi dell'urobilina. Minerva Medica, 1922.
Recherches sur les ictères. Bulé. Masson, 1926.
L'atrofia giallo acuta del fegato. Milano, Casa ed. ars et scientia, 1923.
I moderni concetti sullo spasmo delle vie biliari e sulla genesi della bile bianca. Arch. di pat. e clin. med., IV, 1924. Alzona.
BUSCHKE. Berl. Klin. Woch., 1910.
MICHAEL. Archiv. fur Derm. und Syph. Bd. 120, H. 3.
CAPPELLARO. Il Fracastoro, XXXIII, n. 6.
BERNARDINELLI. *Les ictères de la lune de miel.*, Paris Médical., n. 32, 1938.
NANN., MUSCEL et PAVEL. *Le spasme du sphincter d'Oddi, cause de certains ictères prolongés.* Presse Médical., n. 75, 1930.
ODDI. *Sulla fisiopatologia delle vie biliari.* Ed. Vallardi.
CASTELLINO P. *La dottrina dell'antagonismo e del sinergismo dell'equilibrio neurovegetativo.* Ed. Cappelli Bologna.
CAVALLOTTI. *L'atrofia giallo acuta in pediatria.* Notiz. di diagnostica e terapia, n. 1, 2 e 3, 1939.
SANGIORGI. *I quaderni dell'allergia,* agosto 1938.
FIESSINGER W. Journ. des Praticiens, 19 novembre 1938.
PENDE. *Trattato di Pat. e Clin. Med.,* Casa Ed. Principato, Messina.
DALE. Journ. of Phfsiol., vol. XII, XIII, III.
HEUBNER. Klin. Woch., nn. 43 e 44, 1923.
MURRI. *Nosologia e Psicologia.* Zanichelli, Bologna.
COTELLI. Policlinico, sez. prat., 1938-1939.
SCHMENGLEI e FERENBACH. Klin. Wochschr., n. 6, 11 febbraio 1939.

A proposito di epatiti allergiche.

Risposta al dott. F. C. da Villa.

Nelle tre note comparse recentemente su questo giornale (n. 51, 1938 e n. 2 e 6, 1939), dopo lunga analisi clinica ed osservazione di 100 casi di ittero catarrale seguiti in tre anni di studio, io ho sostenuto che un *certo numero di casi* di questa sindrome morbosa (io non ho generalizzato) possa rientrare in quella che ho chiamato *epatite allergica.*

Di fronte ad un problema impostato con concetti nuovi, non desta sorpresa che accanto ai consensi ricevuti da Clinici e da medici pratici che mi hanno comunicate loro osservazioni, possano anche sorgere delle discussioni. Le discussioni quando partono da chi mostra di essere penetrato nell'argomento, sono gradite e spesso portano alla chiarificazione di problemi. Ma il dott. Da Villa evidentemente non ha seguito le moderne acquisizioni in tema di infiammazione allergica, che hanno servito come base alla mia ipotesi, nè quelle sull'anatomia patologica di essa e ancor meno quelle sull'infiammazione sierosa e sui suoi rapporti con l'infiammazione allergica e sull'importanza dell'istamina o sostanze istaminosimili in questi tipi di infiammazione.

In luogo di inutili discussioni mi permetto quindi di consigliare al dott. Da Villa di aggiornarsi su quanto è stato scritto, ed è stato scritto moltissimo, in tema di allergia e di infiammazione allergica da Pirquet a Rössle, da Kämmerer a Rowe a Frugoni, Urbach, Moro e Keller, ecc. per non citare che i classici ed in tema di infiammazione sierosa da Eppinger, Rössle, Kaunitz, Popper, dalla Scuola di Vienna, da Morpurgo, ecc.

Anche ultimissimi lavori di AA. francesi (Caroli, *Ann. de Méd.*, n. 5, 1938) e tedeschi (Schmengler e Ferenbach, *Klin. Woch.*, n. 6, 1939), quest'ultimo citato persino dallo stesso Da Villa, si avvicinano molto ai concetti che io sostengo.

Dopo aver letto tutto ciò ed aver riletto i miei lavori, se il mio contradditore non vorrà rimanere a tutti i costi attaccato al passato, dovrà in parte almeno modificare i suoi concetti e allora, forse rifletterà che se egli parla di sognatori altri potrebbe parlare di dormienti.

F. CORELLI
della R. Clinica Medica di Roma

Con queste dichiarazioni stimiamo chiusa la polemica. *La Redazione.*

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE ITALIANO DI EL-KERAK
(TRANSGIORDANIA)

La sternomedullocultura nel tifo.

F. CANOVA, direttore.

Se si considera il numero dei lavori che in questi ultimi anni sono usciti a proposito della puntura sternale e se si prendono in considerazione tutte le varie applicazioni che essa specie in campo diagnostico ha trovato, non si può a meno di pensare che questo mezzo di indagine sia destinato ad avere una sempre maggiore diffusione.

Infatti da quando Arinkin (1929) riuscì, semplificando straordinariamente quello che prima era ritenuto un vero atto operatorio, ad ottenere del midollo sternale mediante un comune trequarti, la sternopuntura è divenuta un mezzo alla portata di tutti e si è dimostrata di una utilità tale da essere considerata (Deneke) uno dei più notevoli progressi della ematologia moderna. Le prime applicazioni infatti che essa trovò furono nel campo della ematologia e ciò ben si comprende, potendo essa fornire del midollo attivo senza ricorrere alla trapanazione della epifisi della tibia, come prima si usava. In seguito dall'esame citologico si passò, e con scopi diversi, all'esame chimico, all'esame batteriologico sia diretto che mediante cultura ed ultimamente pare che il midollo sternale abbia ottenuto qualche successo anche in campo terapeutico.

Come tutti i metodi nuovi anche lo sternopuntorio gode il suo periodo di particolare favore; già fin d'ora è però possibile capire in quali casi esso riuscirà a superare la fortuna del momento e cioè, oltre che nelle emopatie come indagine diretta, in molte malattie infettive quale ricerca batteriologica ausiliare. L'esperienza infatti ha confermato il concetto già espresso da Ghedini (1908) e Seyfarth (1923) che cioè anche quando i germi patogeni non siano più presenti nel sangue periferico, essi sono ancora reperibili nel midollo. È naturale che questa circostanza possa spesso agevolare la diagnosi ed è appunto sotto tale riguardo che la sternopuntura si è dimostrata un prezioso mezzo di indagine nel Kala-azar (Guerchenowitz-Titoff), nella tripanosomiasi (Jospin e Gallais), nella malaria (Sorge), nella filariosi (Schretzenmayer), nella melitense (Signorelli), nell'endocardite lenta (Barbagallo), nella tubercolosi (Lowenstein, De Blasio), nel tifo (Di Benedetto) e del tutto recentemente anche nella sifilide (Benda, Oristein). e nella febbre ricorrente (Canova).

Sulla scorta di quello che era stato fatto in Italia da Di Benedetto, Barbagallo, Storti e De Filippi, noi abbiamo sistematicamente fatto uso della sternocultura in tutti i casi sospetti di tifo presentatisi nel nostro ospedale nella seconda metà dello scorso anno. Abbiamo preso questa determinazione per renderci conto innanzi tutto se tale ricerca consentisse sempre una diagnosi rapida e sicura in ogni periodo della malattia e per vedere se facilitasse una differenziazione con la malaria specie in rapporto a forme croniche di estivo-autunnale riacutizzate; in queste, le quali possono a volte simulare una forma tifoide, non sempre infatti riesce agevole la ricerca del plasmodio nel sangue circolante. Per questa ultima ragione contemporaneamente alla sternocultura, alla emocultura ed alla Widal, si sono eseguiti degli strisci sia di sangue che di succo midollare i quali venivano fissati e colorati col Giemsa.

Quale terreno di cultura si è usato il brodo cui si aggiungeva bile nella proporzione del 30 per cento.

Riguardo alla tecnica della puntura noi ci siamo serviti di un semplice trequarti del diametro di circa due millimetri che, previa antisepsi della parte, affondavamo con movimento di trivella nella linea mediana dello sterno all'altezza della seconda costa; estratto il mandrino, si innestava una siringa record perfettamente asciutta e sterile ed in questa veniva aspirato il succo midollare. La sensazione che si ha quando si giunge nella cavità midollare è così netta che con un po' di attenzione e pratica si può benissimo fare a meno dei vari aghi speciali messi in commercio (Akiba, Baserga, Grimberg). Noi non avemmo mai a lamentare il benchè minimo spiacevole incidente e solo in due bambini di età inferiore ai due anni, certo per ragioni anatomiche, non riuscimmo ad estrarre il succo midollare. Nell'eseguire questa manualità noi avemmo a constatare con straordinaria frequenza una spiccata sensibilità alla pressione in corrispondenza della regione sternale.

Per brevità riassumeremo nella tabella seguente i risultati da noi ottenuti:

Dall'esame riassuntivo delle nostre ricerche risulta quindi che in corso di infezione tifoidea e fin dai primi giorni la sternocultura riesce positiva nella quasi totalità dei casi ed in una percentuale più alta in confronto della emocultura.

La sternocultura si è dimostrata particolar-

Caso	Esami	Giorno di malattia	Temp.	CULTURA		STRISCIO		Widal
				Sterno	Sangue	Sterno	Sangue	
1º	1	13	39.2	+	+	—	—	1 : 50
2º	1	7	38.6	—	—	Plasm. Immac.	—	—
3º	1	9	38.3	+	—	—	—	—
3º	2	14	40.1	+	+	—	—	1 : 50
4º	1	11	39.3	+	+	—	—	1 : 25
5º	1	7	38.4	+	—	—	—	—
6º	1	23	37.7	—	—	—	—	1 : 100
7º	1	34	37.8	+	—	—	—	1 : 100
8º	1	6	38.5	+	+	—	—	—
9º	1	8	39.1	—	—	Plasm. Immac.	—	—
10º	1	9	40.	+	+	—	—	1 . 25
11º	1	13	38.3	—	—	Plasm. Immac.	Plasm. Immac.	—
12º	1	23	39.7	—	—	—	—	1 : 100
13º	1	21	40.5	—	—	—	—	1 ; 100
14º	1	7	38.3	+	+	—	—	—
15º	1	34	38.2	+	—	—	—	1 : 100
16º	1	5	38.7	+	+	—	—	—
17º	1	13	39.9	+	—	—	—	1 : 25
18º	1	12	38.4	+	+	Plasm. Immac.	Plasm. Immac.	1 ; 50
19º	1	6	39.5	+	+	—	—	—
20º	1	18	39.9	—	—	Plasm. Immac.	—	—
21º	1	12	39.5	+	—	—	—	1 : 25

mente utile in quel periodo della malattia in cui, diminuita sensibilmente la bacillemia, il potere agglutinante non è ancora comparso in modo così netto da permettere la diagnosi mediante la Widal. Del resto è risaputo come la Widal, qualunque sia il suo titolo, offre la possibilità di una diagnosi di sicurezza solo quando il tasso agglutinante del siero dimostri nel corso della malattia un progressivo aumento: in suo confronto quindi la sternocultura permette una diagnosi più rapida e altrettanto sicura.

Il valore della puntura sternale, specie in ambiente tropicale e sub-tropicale, è anche dato dal fatto che con essa viene facilitata la diagnosi differenziale tra il tifo e forme di malaria cronica, perchè infatti è assai più facile riscontrare i plasmodi sia in forma di gameti sia in forma di schizonti nel succo midollare piuttosto che nel sangue circolante (casi n. 2, 9, 20), e perchè nelle forme malariche il mielogramma, come abbiamo potuto riscontrare, si distingue nettamente da quello del tifo in quanto presenta sempre una spiccata monocitosi.

È ben vero che le due infezioni possono benissimo coesistere (caso n. 18), ma specie in casi dubbi il poter accertare o meno la presenza di parassiti malarici non è certo senza importanza.

RIASSUNTO.

L'A. ha potuto stabilire la superiorità della sternocultura in confronto della emocultura come mezzo diagnostico in corso di infezione tifoide. Particolarmente utile essa si è dimostrata in quel periodo della malattia in cui, essendo la bacillemia fortemente diminuita, il potere agglutinante del siero è ancora poco pronunziato. La sternopuntura si è anche dimostrata un mezzo di indagine prezioso per una rapida diagnosi differenziale tra la febbre tifoide e forme malariche.

BIBLIOGRAFIA.

BARBAGALLO. Policlinico, Sez. Med., n. 5, 1938.

BENDA-ORISTEIN. Compt. Rend. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, 19 gennaio 1939.

BENHAMOU-NOUCHY. Compt. Rend. de la Soc. Méd. d'Alger, 20 settembre 1936.

CANOVA. Studium, n. 5, 1939.

DE BLASIO. Boll. Sez. Ital. della Soc. Intern. di Microbiologia, 1934.

DEBRÉ-LAMY-SEE-MALLARMÉ. Presse Médicale, 14 settembre 1936.

DI BENEDETTO. Boll. Soc. Med. Chir. di Catania, febbraio 1937.

D'OELSNITZ. Académie de Médecine, 13 agosto 1936.

FANJAUX. Thèse d'Alger, 1937.

GUERCHENOWITZ-TITOFF. Arch. de mal. des enfants, marzo 1934.

JOSPIN-GALLAIS. Compt. Rend. de la Soc. de Path. Exot., Parigi, 12 agosto 1938.

SCHRETZENMAYR. Arch. f. Schiffs- und Trop.-Hyg., aprile 1938.

SIGNORELLI. Comunicaz. alla Soc. Med. Chir. di Catania, 6 giugno 1935.

SORGE. Riforma Medica, I, 872, 1929.

STORTI-DE FILIPPO. Comunicaz. alla Soc. Med. Chir. di Pavia, 9 aprile 1937.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Ospedale Civile E. De Marchi
Malo (Vicenza).

Note di falloplastica

A proposito di un caso di strappamento della pelle del pene e dello scroto.

Dott. Ermete Agostinelli, Chirurgo direttore.

Prima di esporre il raro ed interessante caso di plastica penieno-scrotale da me osservato e curato ritengo utile riassumere i pochissimi casi che ho trovato in un attento esame bibliografico nei giornali italiani, francesi e tedeschi di urologia dal 1922 in poi.

Saravia (N. 8). Giovane di vent'anni, contadino, lavorando con una macchina agricola ha avuta strappata la pelle dello scroto e del pene. Solo è rimasta una piccola porzione di scroto a sinistra. L'A. fece un taglio sul monte del pube dopo averlo scollato in alto v'introdusse il pene che così rimase nascosto, meno che in corrispondenza del glande. che fuoriusciva attraverso un orifizio romboidale fatto dall'A., i margini del quale furono fissati al solco balano-prepuziale. I testicoli furono ricoperti con lembi cutanei presi dalla superficie interna della coscia a livello della piega-genito-crurale, con peduncolo vivente (metodo indiano). I due lembi, quello preso dalla coscia destra e quello della coscia S. furono suturati verticalmente quasi a formare il rafe mediano e fissati alla radice dell'asta. Questo primo tempo dell'operazione fu fatto in rachianestesia. Ventiquattro giorni dopo si procedette alla plastica del pene per tutto questo tempo collocato sotto la pelle del monte del pube e della porzione bassa dell'ipogastrio. Il pene fu estratto dal suo nascondiglio e ricoperto con un grosso lembo preso dalla superficie anteriore dell'addome. Per la maggior comprensione di questo straordinario modo di riparazione della pelle del pene, dirò che nei primi giorni il paziente fu cateterizzato e dopo abituato a urinare stando in ginocchio. Anche il secondo tempo fu seguito da guarigione e il paziente 24 giorni dopo fu dimesso guarito con la funzionalità integra.

Conseller e Palmer (N. 1). In un giovane di 18 anni che aveva avuto strappata la pelle del pene e di parte dello scroto ricorsero al trapianto di lembi alla Thiersch con ottimo successo.

Haim (N. 4) illustra un caso di fallo-plastica. con un tecnica originale che resta finora unica nella letteratura dell'argomento.

Si trattava di un operaio di 43 anni che mentre lavorava presso una macchina con cinghia di trasmissione scoperta, senza il grembiale di sicurezza, ebbe asportato la pelle dello scroto e del pene. Fu visto e operato lo stesso giorno.

Il testicolo S. completamente schiacciato fu asportato. Il testicolo D. fu fissato con punti di sutura in una cavità neoformata con lembi residuali cutanei mobilizzati e debitamente scollati e da un lembo preso dalla faccia anteriore dell'addome. Per ricoprire il pene l'A. pensò di fare una nicchia cutanea a livello della faccia interna della coscia e di mettervi il pene lasciando fuori il glande. Per esecuzione di questo piano eseguì un taglio parallelo alla direzione del pene sulla pelle della superficie interna della coscia, mobilizzò un lembo bastevole al rivestimento e collocò il pene, addossandolo alla coscia e suturò i margini della ferita. A operazione finita tutto il pene era incluso nella pelle della coscia eccetto il glande che fuoriusciva. La guarigione fu ostacolata da parecchie formazioni ascessuali e dalla polmonite. Soltanto due mesi dopo si potè, sotto anestesia locale, togliere e liberare il pene da quella posizione: i due lembi tagliati furono suturati attorno all'asta.

L'erezione si verificava regolarmente.

L'A. ricorda che due metodi sono consigliati nel libro di medicina operativa di Volker il metodo Reich che si serve di un lembo scrotale a peduncolo fisso (metodo Indiano) e il metodo Besselhagen che adopera un lembo sempre a peduncolo fisso della parete addominale. L'A. non volle adoperarli e batte una via nuova che riveste il pene con pelle sottile togliendolo dai pericoli dell'ambiente esterno.

Neumann (N. 6) osserva che la completa scorticazione del pene è quasi sempre dovuta ad una macchina agricola. La guarigione si può ottenere per 2ª intenzione, pratica combattuta e abbandonata, oppure con processo di plastica.

La plastica si fa o per innesto, a lembi grandi e piccoli, o con la plastica a tunnel o con la formazione di un lembo a ponte (metodo Indiano).

Nel caso descritto dall'A. (un contadino che lavorando con la macchina agricola aveva avuto la asportazione della pelle del pene dal solco balano-prepuziale alla radice) non potendosi adoperare la pelle della coscia perchè troppo pelosa, fu adoperato l'innesto di un lembo libero, preso dalla superficie interna del braccio (6 per 20 cm.) col quale fu rivestito il pene. Questo manicotto cutaneo fu fissato al solco balano-prepuziale e alla radice della verga con punti di sutura, che riunivano anche i margini dei lembi cutanei residuali. Su questo manicotto cutaneo furono fatte incisioni laterali per impedire il ristagno di secreti sotto il lembo e per facilitare quindi l'innesto.

Catetere a permanenza per due giorni. Fasciatura con garza imbevuta di olio di fegato di merluzzo terebentizzato al 10 % al quale l'A. dà molta fiducia per l'influenza che questo prodotto vitaminico possa avere sulla guarigione. Al decimo giorno si cambia la fasciatura. 5 settimane dopo guarigione. Il paziente lamenta poca sensibilità cutanea.

Walstein (N. 10) In un contadino di 37 anni, che lavorando in una trebbiatrice aveva subito lo strappamento della pelle del pene, adoperò la falloplastica adoperata e patrocinata da Reich, che riveste il pene con un lembo dello scroto. La tecnica fu la seguente: taglio orizzontale della pelle scrotale nella parte sottostante alle loggie testicolari; scollamento e formazione in un lembo dalla superficie anteriore dello scroto, collocamento del pene sotto questo lembo cutaneo e fissazione allo stesso con suture, e sutura del

margine inferiore della ferita scrotale al lembo stesso e alla radice dell'asta. Dopo sette settimane furono tagliati i punti laterali del lembo scrotale, per poter permettere la funzione del pene e in fine suturate le superficie tagliate alla faccia posteriore del pene. Il paziente ha un buona erezione e la perfetta possibilità dell'amplesso.

Nella letteratura ho trovato altri tre casi di plastica peniena fatta per riparare a perdite di sostanza più o meno estesa della pelle dello scroto consecutiva a cancrena, che credo utile esporre.

STIRLING (N. 9) osservò un caso di gangrena della pelle peniena e scrotale in un uomo di 34 anni operato di fimosi. Dopo la caduta della pelle trattamento con impacchi di permanganato potassico. Quando la ferita era glanulante non essendo possibile utilizzare per il rivestimento cutaneo i margini del tessuto cutaneo residuale troppo distante, l'A. fece il trapianto con lembi cutanei che attecchirono ottimamente.

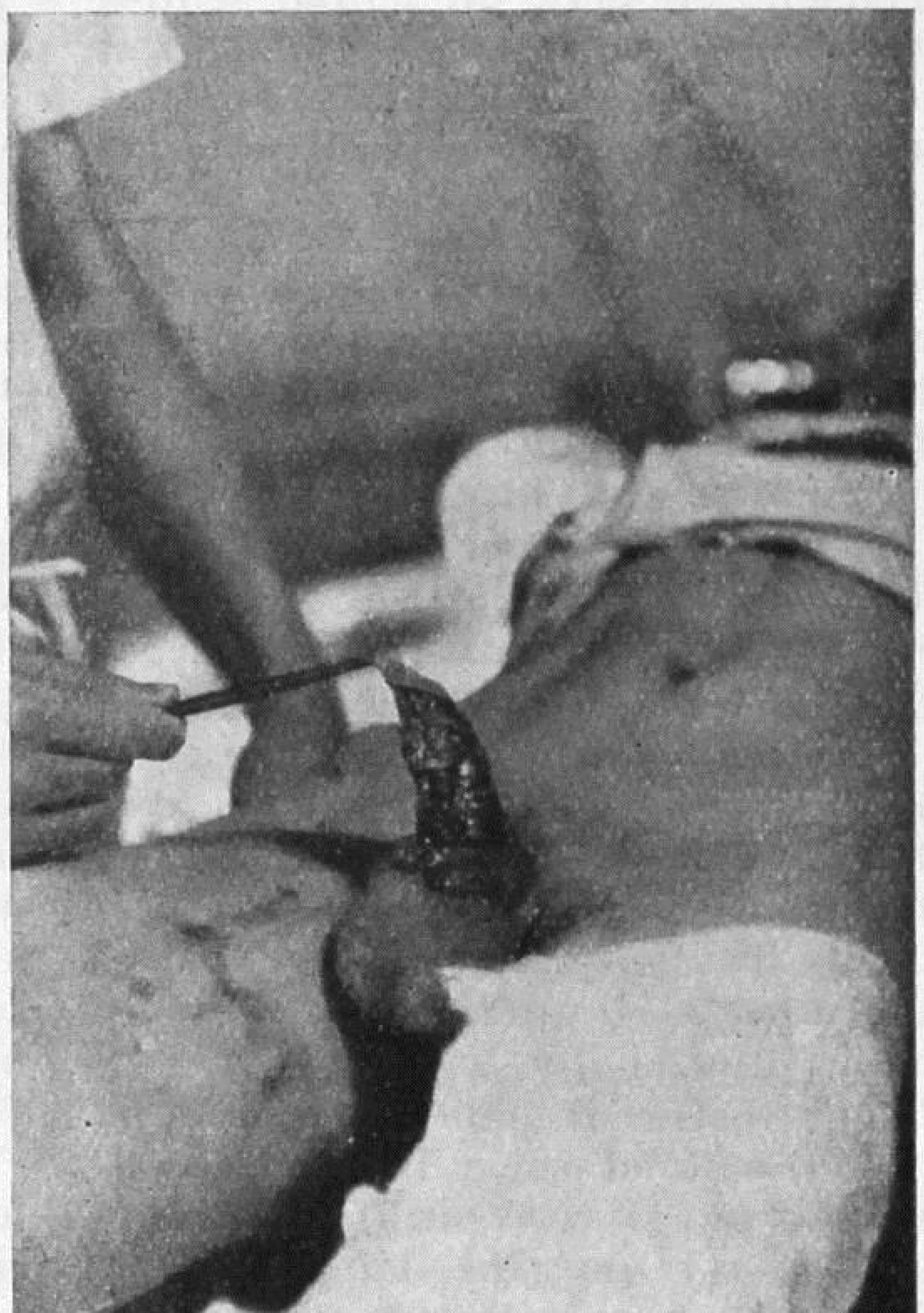


FIG. 1.

MALLARD (N. 5) osservò un caso di gangrena parziale della pelle della faccia posteriore del pene di un negro che si era bruciato con un anestetico. Dopo eliminazione della parte gangrenata e quando la ferita era netta e granulante l'A. ottenne il rivestimento cutaneo per lo scivolamento di un lembo dello scroto (Metodo Indiano).

HOLDEN (N. 7) ha adoperato un lembo scrotale per riparare un'ulcera alla superficie esterna del pene consecutiva all'applicazione di raggi X.

Descrivo un caso occorsomi di recente che offre materia di discussione alle riparazioni plastiche della pelle del pene e dello scroto, chiamata molto opportunamente « falloplastica ».

Il 27 luglio 1938, viene accolto d'urgenza C. A. di anni 24, che esercita il mestiere di contadino. Ha un aspetto di individuo spaventato anzi, terrorizzato, più che quello di sofferente: egli racconta, che intento a far funzionare un motore a scoppio per sollevare dell'acqua onde irrigare i campi, è stato preso con un'elica in moto in corrispondenza dello scroto, per cui oltre avere asportati i vestiti localmente, sentì uno strappo violento in corrispondenza del pene. Sposato da soli tre mesi, paventa già la fine della sua vita sessuale.

L'esame obbiettivo non presenta niente di anormale, tranne la lesione traumatica sulla faccia interna della coscia destra alcune abrasioni prodotte dall'elica; quello che interessa è il pene.

Pene. Osservando il pene si ha l'impressione che l'organo sia stato sottoposto a una esportazione completa di tessuti cutanei eseguita intelligentemente dalla radice del pene, fino al solco balano-prepuziale (retro-glandolare del Chiarugi) ove è rimasto un breve lembo di cute tutto l'or-

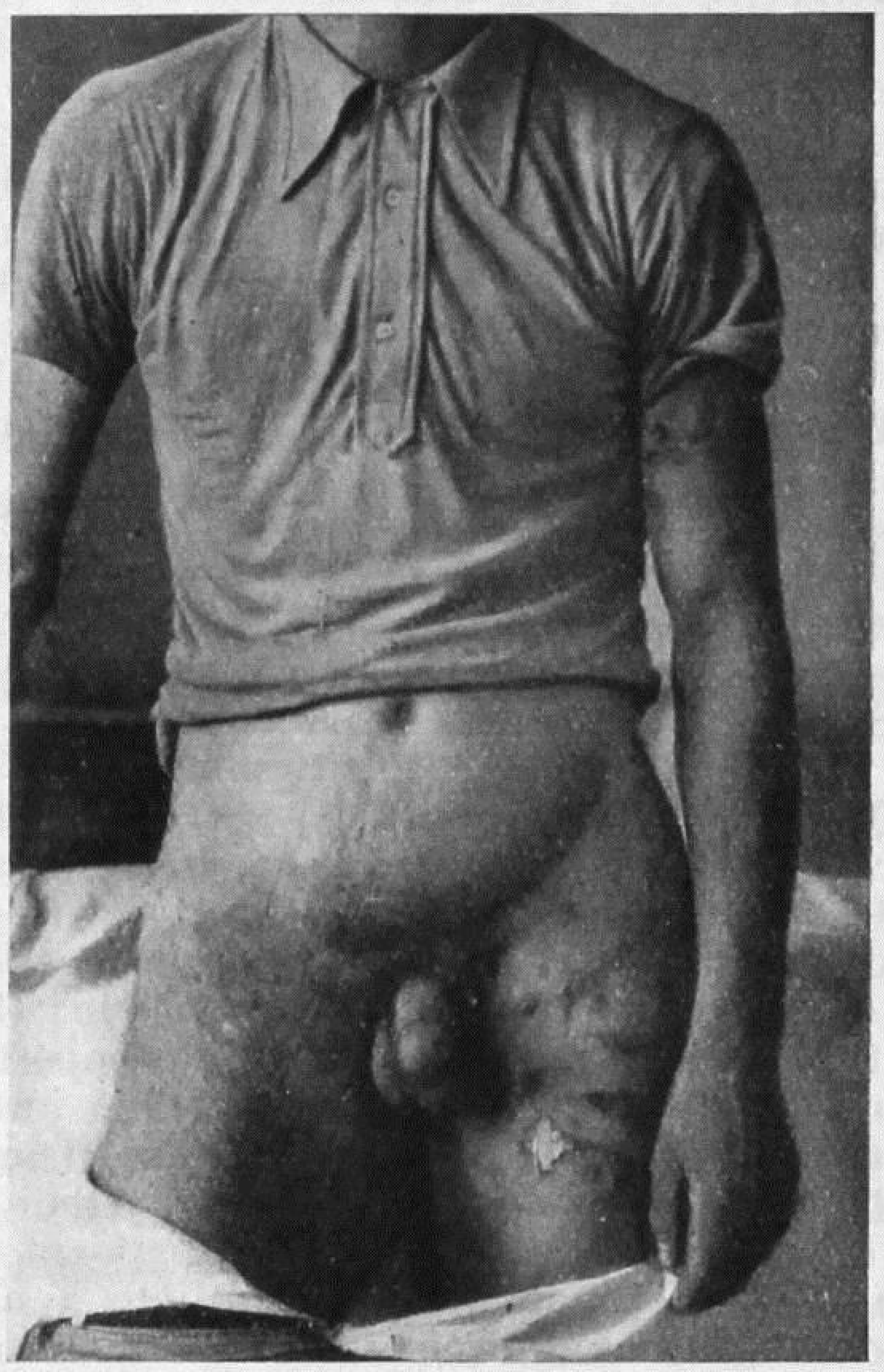


FIG. 2.

gano è stato scotennato; la regione scrotale in quella parte che contorna la radice del pene è stata pure privata dei legumenti; i margini della ferita si presentano abbastanza regolari, frastagliati alquanto qua e là (fig. 1).

La cute è il dartos sono completamente asportati, la tela sottocutanea penis è integra in alcune zone, mentre in altri tratti manca, lasciando qua e là intravvedere la fascia penis.

Gemizi di sangue e coaguli costellano la superficie decutizzata che si presenta di colorito grigio rossastro e macroscopicamente libera da corpi estranei. I testicoli sono integri; integra l'uretra e i corpi cavernosi dell'organo in questione. La lesione è insomma superficiale, estesa perchè avvolge tutta la superficie del membro virile. Osservata l'affezione è risultata ovvia la necessità di un innesto e le domande che mi sono imposto: *Come farlo?* e *quando farlo?*

Nel 1° tempo ho fatto ricorso alla plastica Thiersch prendendo lunghe striscie dalla pelle della coscia S. e applicandole mediante fasciatura sul pene. Per evitare la erezione furono somministrate sostanze sedative antiafrodisiache ma l'erezione si verificava lo stesso. Il risultato fu la necrosi dei lembi.

Il 10 agosto abbandonai il sistema dei larghi lembi e feci, con lembi presi dalla superficie interna del braccio S., circa un ottantina di piccoli innesti cutanei disseminati lungo tutta la superficie decorticata. Questo innesto ebbe pieno successo. Attecchirono una cinquantina di bottoncini epidermici, che rapidamente si accrebbero e si saldarono con gli altri vicini ricostituendo così il rivestimento cutaneo penieno. La pelle neoformata conserva i caratteri anatomici della pelle peniena in quanto è estensibilissima e pertanto permette, senza alcun ostacolo, l'erezione.

A nove mesi di distanza nel paziente si osserva una pigmentazione anormale in corrispondenza del prepuzio e la normale scorrevolezza del pene sulla tela sottocutanea e fascia penis. L'amplesso non è stato defraudato da alcuna minorazione fisiologica (v. fig. 2).

Le idee sulla terapia della perdita della pelle violenta o patologica hanno subito in questi ultimi anni una radicale trasformazione. Non si riteneva necessaria un'operazione di plastica perchè, cito per tutti il parere di Duplay e Reclus (n. 3) « la retrazione cicatriziale attiva sulla verga la pelle degli organi vicini e ricostituisce il tegumento, le funzioni genetiche sono possibili, solo la minzione può essere tardivamente intralciata da un restringimento cicatriziale.

La terapia, fra le più semplici, consiste nell'attendere la guarigione tendendo la parte riparata ».

Anche allora si consigliava la plastica alla Thiersch e si riconosceva che essa poteva evitare le deviazioni, ma si preferiva il nichilismo terapeutico, che veniva generalmente adottato. Ora l'uso esteso di macchine agricole, causa prima di tutti questi infortuni, ha richiamato l'attenzione dei chirurghi sulla necessità di riparare rapidamente queste lesioni che prima abbandonava.

Oggi la chirurgia non può rassegnarsi all'inazione e interviene sempre rapidamente affidando ai perfezionamenti della sua tecnica la missione di ricondurre rapidamente al lavoro gl'infortunati.

L'attesa, scrive il Saravia (n. 8) che ha studiato attentamente le questioni di falloplastica, è nociva perchè — facendo astrazione del lungo tempo necessario alla restitutio ad integrum — la riparazione cutanea spontanea può dare come risultati: diminuzioni nella lunghezza, deviazioni, dolori durante l'erezione e talvolta atrofia dei corpi cavernosi. Da un punto di vista schematico il Saravia aggruppa così le possibilità di strappamento della pelle dei genitali:

1) Perdita completa della pelle con prepuzio conservato;

2) Perdita completa della pelle e anche del prepuzio;

3) Perdita completa della pelle e dello scroto;

4) Perdita completa della pelle dello scroto e del pene.

Nel primo caso quando il prepuzio è abbondante si dissecca la parte cutanea della parte mucosa del prepuzio in modo da poterlo suturare alla radice del pene. Si ottiene un rivestimento, parte cutanea e parte mucoso, come ha fatto Dittel con successo (2). Quando il prepuzio è corto allora si procede alla formazione dei lembi scrotali che saranno suturati ai margini del prepuzio.

Nel secondo caso bisogna anche ricorrere allo scopo per avere i lembi necessari per la sua cutaneizzazione.

Nel terzo caso si deve ricoprire la superficie denudata dai testicoli con lembi cutanei a ponte che vengono presi dalla superficie interna della coscia a livello della piaga genitocrurale.

Nel quarto caso si farà l'operazione in due tempi come è stato descritto.

I sei casi recenti (compreso il mio) della letteratura ci permettono di trarre conclusioni terapeutiche dai risultati ottenuti. Se dovessi venire a una conclusione dovrei dire che tutte le « tecniche sono buone » perchè tutti i casi sono stati seguiti da guarigione, anche quello del Saravia che adottò lo strano procedimento di imprigionare il pene sotto la cute del monte del pube e della regione ipogastrica, esteriorizzando il glande e facendo compiere, acrobaticamente, la minzione al paziente, senza tener conto della possibilità di aderenze del pene ai tessuti dentro i quali si trovava.

Molto intelligente mi sembra invece l'inclusione del pene sotto la pelle della coscia, perchè in questo modo, dopo un certo tempo il pene si trova per tre quarti ricoperto e quindi basta liberarlo e poi suturare i lembi per avere un eccellente investimento di tutta la superficie peniena. Ma fra l'inclusione temporanea del Saravia del pene sotto la pelle del monte del pube, o l'inclusione, dirò, definiti-

va dell'Haim, e il trapianto dei lembi alla Thiersch o i trapianti con lembo vivente (metodo indiano) presi dalla superficie interna della coscia, o dello scroto o dell'addome io preferisco quello da me adottato, che mi ha dato la guarigione con facilità. Bisogna pensare che pochi organi dell'economia hanno una vascolarizzazione come quella del pene. La stessa erezione, che ostacola l'adesione di larghi lembi, perchè li sposta, non ostacola l'attecchimento di piccoli lembi che poggiano su una stretta superficie della tela sottocutanea penis (Chiarugi). D'altra parte la vascolarizzazione rende più facile l'attecchimento dei piccoli lembi. E pertanto sono convinto che la tecnica del trapianto di piccoli lembi cutanei, che s'è dimostrata tanto efficace in un caso di necrosi parziale della pelle del pene (caso di Stirling) semplice, facile e alla portata di qualsiasi medico pratico, può sostituire la plastica con i lembi alla Thiersch o con i lembi a ponte e ancora meglio la plastica per mezzo dell' incarceramento temporaneo del pene o dentro la pelle della coscia o sotto la pelle del monte di pube.

RIASSUNTO.

Si descrive un metodo di plastica per mezzo d'innesti di piccoli lembi cutanei in un caso di strappamento della pelle del pene e dello scroto e si dimostra la sua superiorità nelle altre tecniche di fallo-plastica finora adoperati.

BIBLIOGRAFIA.

1. COUNSELLER e PALMER. *Avulsion of the skin of the penis and scrotum.* Surg. clin. N. Amer., 1929, pag. 993.
2. DITTEL. Cit. da SARAVIA.
3. DUPLAY e RECLUS. *Trattato di chirurgia.* Trad. ital. Unione tipog. Ed., Torino, 1896, volume VIII, pag. 250.
4. HAIM. *Zur Phalloplastik.* Zeit f. Ur. 1927.
5. MALLARD. *Résection de l'urètre et du pénis secondairement à une gangrène étendue.* The J. of the am. med. Ass., 2 agosto 1930 da J. d'Ur., 1931, vol. I, pag. 631.
6. NEUMANN. *Ueber Penis Plastik.* Revista med. del Rosario, 1932, pag. 292.
7. HOLDEN. *Plastic operation on penis.* Surg. Clin. N. A., 1930.
8. CORNEJO SARAVIA. *Plastiche Operationen an der Bedeckung von Penis und Scrotum besonders wegen traumatischer Läsionem.* Revista de chirg. de B. Ayres, 1927, n. 12 da Zeitsch. für Chir., 1929, pag. 193.
9. STIRLING. *Case of gangrene of scrotum and penis.* J. of the am. med. ass., 1923, n. 9.
10. WAINSTEIN. *Ueber volligen Ersatz der Penis.* Nouv. chir. Arch., 1938, pag. 277.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

Sulla così detta diatesi ossalica. Contributo sperimentale e considerazioni cliniche.

(G. SOTGIU. *Arch. per le scienze mediche*, maggio 1939).

Il problema della diatesi ossalica è ancora controverso ed oscuro dopo circa un secolo da quando esso è stato impostato.

La storia dell'acido ossalico in clinica si può dire inizi colle ricerche del Bird nel 1842 (sebbene le prime osservazioni risalgano a una cinquantina di anni prima).

Secondo alcuni la diatesi ossalica è responsabile di una grande serie di disturbi, secondo altri non ha una personalità clinica e i più la considerano con scetticismo e in pratica la dimenticano.

Accettare in clinica la diatesi ossalica significa dare un'interpretazione nuova e una nuova terapia a molte condizioni morbose: dispepsie, asma, coliche addominali di origine oscura, manifestazioni delle vie urinarie, manifestazioni nervose (nevrastenia, sciatica), manifestazioni cutanee (eczemi) e cardiovascolari.

I disturbi della diatesi ossalica, sono da ritenzione, da eliminazione e da decalcificazione.

Quelli da ritenzione sono mialgie e artralgie (la così detta gotta ossalica di Loeper), che si differenzierebbe dalle uricemiche perchè preferirebbe le piccole articolazioni, e anche nevralgie (gotta viscerale), disturbi a tipo nevrastenico (per cui i cristalli di ossalato di calcio furono chiamati i cristalli della malinconia).

I disturbi da decalcificazione sono secondari a quelli da ritenzione per la grande affinità della sostanza per il calcio. Alla decalcificazione si attribuiscono i disturbi generali e anche disturbi particolari come le alterazioni scheletriche dette di rachitismo tardivo, le distonie neurovegetative, gli spasmi della muscolatura liscia, gli spasmi vascolari.

Più semplice è la genesi dei disturbi da eliminazione: dolori, ematuria, piuria, coliche, coliti, gastralgie, bronchiti croniche.

Problemi importanti da discutere sono quelli che riguardano la genesi o da un disturbo primitivo del ricambio dell'acido ossalico o da un apporto esagerato di origine alimentare.

La maggior parte dell'acido ossalico è riassorbito dall'intestino e proviene o da ossalati preformati cogli alimenti o da ossalati liberatisi nell'intestino per fermentazione di sostanze ossaligene (per b. coli oxalatigenes, certi saccaromiceti, aspergilli, elminti).

Molti ammettono che l'acido ossalico rappresenti un prodotto normale del ricambio intermedio, che si formerebbe a spese degli

idrati di carbonio, forse dei corpi purinici e anche degli aminoacidi. Ma tutti gli autori moderni convengono sulla possibilità della genesi endogena e se ne ha la prova nella preesistenza di ossalemia ed ossaluria anche con dieta priva di ossalati.

Per quanto riguarda l'origine dell'ossalemia dai carboidrati è certo che dopo iniezioni di glucosio l'ossalemia aumenta. In clinica c'è l'iperossaluria e l'iperossalemia dei diabetici. Cè un rapporto fra ossalemia ed ossaluria da un lato e tasso glicemico dall'altro. L'iperossaluria e l'iperossalemia dei diabetici è uno degli argomenti a favore dell'origine endogena dell'acido ossalico.

Altri argomenti a favore di quest'opinione sono la somiglianza della sindrome ossalemica con quella gottosa, la frequente eliminazione nelle stesse urine di ossalato e di urati (diatesi uro-ossalica) e l'aumento dell'acido ossalico per limitazione degli scambi respiratori.

La sindrome ossalica potrebbe dipendere da insufficienza epatica, da dispepsia cronica o da coli bacillosi. Esperienze di vari autori hanno dimostrato la derivazione dell'acido ossalico da sostanze puriniche. L'A. ritiene che il concetto della diatesi ossalica come malattia del ricambio con individualità e patogenesi propria non si basa su alcuna solida argomentazione e non ha nemmeno il fondamento anatomico, che invece ha la diatesi uricemica. Di anatomicamente dimostrabile c'è solo la presenza di alterazioni urinarie che dipendono da precipitazioni dei cristalli, ma non dalla maggiore o minore eliminazione di acido ossalico.

Le lesioni gastrointestinali sono la causa e non la conseguenza dell'ossalemia. Le lesioni articolari sono ancora meno dimostrative, perchè nelle articolazioni non si trovano depositi di ossalato ma di carbonato di calcio.

Sola dimostrazione anatomica è la presenza di cristalli di ossalato di calcio nelle urine, nel vomito, nelle deiezioni, nell'espettorato, nella compagine dei fasci nervosi. Ma questi reperti sono stati criticati e dipendono più da fermentazioni batteriche che da escrezione.

Più importante è invece assicurarsi dell'esistenza di un vero e proprio ricambio ossalico, vedere cioè se l'ossalemia e l'ossaluria possano alterarsi primitivamente o dipendere da altre cause (eccessiva introduzione di ossalati, eccessiva formazione intestinale di ossalati, difettosa distruzione ed elaborazione di acido ossalico, difettosa eliminazione).

L'A. ha studiato il comportamento dell'ossalemia e dell'ossaluria in 18 soggetti normali trovando un'ossalemia massima di mg. 5,3 per cento, minima di 1,8 % e media di 3,7 %, un'ossaluria massima di mgr. 125,5 %, minima 56 %, media 96 %.

Il Sotgiu ha studiato 107 malati di affezioni varie. Egli ha trovato nel gruppo di affezioni artritiche in senso lato solo due casi di ossaluria elevata e in nessuno il corteo sintomatico attribuibile alla diatesi ossalica. Invece questi disturbi erano presenti in quasi tutti gli affetti da malattie dell'apparato digerente e del fegato.

Però in nessuno dei malati dell'apparato digerente si trovò ossalemia elevata, mentre si ebbe in tre cirrotici.

I cardiaci esaminati presentarono valori quasi normali. Per i respiratori si trovarono tassi più elevati nei pleuritici che nei polmonitici e broncopolmonitici.

Nei basedowiani il reperto fu normale, mentre si ebbero tassi alti nei diabetici.

Per quanto riguarda il rapporto fra diabete ed ossalemia il Sotgiu ammette un rapporto, ma non ammette, come fanno altri, che dipenda da trasformazione diretta del glucosio in acido ossalico, ma da un pervertimento del metabolismo del glucosio.

L'A. ha studiato anche l'influenza di alcune sostanze ormoniche sull'ossalemia e sull'ossaluria in soggetti presumibilmente normali.

L'insulina ha provocato aumento dell'ossaluria, l'adrenalina diminuzione. All'ossaluria. aumentata per opera dell'insulina corrisponde netta diminuzione dell'ossalemia.

L'insulina agisce quindi provocando aumentata distruzione degli ossalati per aumentato potere ossalolitico del sangue dei tessuti.

L'estratto di corteccia surrenale dà modico aumento dell'ossalemia senza alterazioni dell'ossaluria.

L'estratto tiroideo dà diminuzione del tasso ematico e a volte anche dell'urinario.

L'estratto di preipofisi dà aumento netto dell'ossalemia, incostante dell'ossaluria.

L'estratto di postipofisi dà diminuzione dell'ossalemia e aumento dell'ossaluria.

L'estratto di ipofisi totale mostra un'azione prevalente dell'azione postipofisaria.

Tutti i dati del Sotgiu non sono molto favorevoli all'ossalogenesi endogena.

Non ostante l'incertezza della patogenesi, il problema clinico della diatesi ossalica esiste certamente nel senso che esistono individui con sintomatologia intermittente riguardante l'apparato digerente, quello articolare, il nervoso, in cui non esistono disturbi del ricambio purinico nè si hanno miglioramenti colla dieta povera di purine.

Questi malati rientrano in vari quadri: in quello dell'intossicazione intestinale (secondo Minkowski), della colibacillosi, dell'alcalosi, della diatesi artritica, della distonia vegetativa, dell'avitaminosi, dell'insufficienza epatica. Varie di queste condizioni possono coesistere nello stesso individuo.

Da osservazioni di alcuni AA. e anche del Sotgiu c'è un rapporto fra indacanemia e ossalemia negli epatici.

La sindrome dell'ossaluria si verrebbe ad

inquadrare nell'ambito delle autointossicazioni di origine intestinale, che sono condizionate dall'esistenza di insufficienza epatica assoluta o relativa.

Anche clinicamente l'iperossalemia e l'ossaluria compaiono in soggetti con disturbi. Quindi la cura deve consistere nell'emendare questi disturbi correggendo la dieta, limitando la fermentazione batterica, favorendo il ricambio del glucosio coll'insulina, e migliorando la funzionalità epatica. L.

Patogenesi dell'uremia.

(K. VOIT, *Mediz. Klin.*, 28 aprile 1939).

Sotto il termine « uremia » si comprende tutta una serie di manifestazioni morbose che possono comparire durante il corso di malattie diffuse bilaterali dei reni. In parte queste manifestazioni sono date dalla ritenzione di scorie del ricambio che i reni non sono più in grado di eliminare e che si riscontrano aumentati nel sangue: soltanto queste manifestazioni (sonnolenza, cefalea, ipotermia, respiro profondo, sintomi gastro-intestinali da gastroenterite uremica, pericardite, odore urinoso, ecc.) si possono designare come uremia vera. La uremia vera può insorgere acutamente come conseguenza di anuria o di oliguria grave, p. es. nella glomerulonefrite acuta, nel rene da sublimato, nell'impedito deflusso da ipertrofia prostatica: in questi casi può anche aversi la guarigione. Per lo più però il decorso della uremia è cronico e conduce lentamente alla morte: così nel rene grinzo genuino e soprattutto nel rene grinzo secondario. Lo stato di intossicazione della uremia vera è dovuto a tutta una serie di sostanze ad azione velenosa; tra esse predominano però nettamente per importanza, i prodotti della putrefazione intestinale. Nel sangue si trovano oltre ai fenoli legati anche fenoli liberi e i loro derivati: la dimostrazione di queste sostanze per mezzo della prova Xantoproteinica o della reazione dell'indacano è semplice e permette anche al medico pratico una sicura diagnosi di uremia vera. Poichè la gravità del caso è direttamente in rapporto con la ritenzione dei prodotti di putrefazione intestinale, la positività della reazione Xantoproteinica comporta una prognosi estremamente cattiva.

L'aumento dell'urea nel sangue, causa diretta della gastro-enterite uremica, è forse anche dannoso perchè l'urea aumentando la permeabilità cellulare rende possibile ai prodotti putrefattivi di passare attraverso la barriera sangue-liquor. L'aumento di creatinina, di acido urico e di amine nel sangue ha forse importanza per il determinarsi della pericardite uremica. Anche l'anemia è un effetto dell'aumento dei prodotti della putrefazione intestinale: forse questi danneggiano direttamente il midollo osseo.

Si deve distinguere nettamente dalla vera uremia la cosiddetta « uremia ipocloremica » che si osserva in casi di forti perdite di cloro (stenosi pilorica con forti vomiti, iperemesi delle gravide) o di passaggio eccessivo del cloro nei tessuti (malattie infettive, intossicazioni). In questi casi il rene non è insufficiente: aumentano bensì nel sangue in grado considerevole l'urea e l'azoto residuo, mancano però le sostanze aromatiche. Per lo più vi è alcalosi (almeno nei casi di perdita di acido cloridrico gastrico) mentre nell'uremia vera vi è acidosi (forti perdite di alcali). La somministrazione di cloruro di sodio porta la guarigione.

Quadri morbosi designati come uremici possono insorgere nel corso di malattie bilaterali dei reni senza che vi sia ritenzione di prodotti di putrefazione intestinale: quindi non si tratta di vera uremia. Questi stati sono designati da Volhard come « pseudouremia », essi non sono dovuti ad insufficienza renale ma ad alterazioni del sistema nervoso centrale. Esistono una pseudouremia acuta e una pseudouremia cronica, la cui patogenesi è differente. La pseudouremia acuta è determinata da un edema intra- ed extracellulare del cervello, l'edema è dovuto al passaggio abbondante di cloro nel liquor e nella sostanza cerebrale, oltre che all'aumento di pressione capillare intracerebrale (contrazione di piccole vene) e all'ischemia da contrazione delle arteriole. Per ciò questa forma di pseudouremia, detta « eclamptica » si ha soprattutto nelle affezioni renali con edemi e con ipertensione pallida (forme acute e croniche di glomerulonefrite diffusa). La forma cronica della pseudouremia è data non da edema, ma da angiospasmi locali nel cervello. Ne derivano rammollimenti o emorragie; i sintomi clinici sono asma cardiaco, dispnea di origine centrale, manifestazioni apoplettiche, gravi disturbi psichici, ecc. Questa forma di pseudouremia si ha oltre che nella ipertensione pallida, anche nella sclerosi renale essenziale risp. benigna.

P.

Diagnosi della gotta.

(K. BRCHNER-MORTENSEN. *Acta Medica Scandinava*, fasc. VI, 1939).

Durante i primi 25 anni del secolo in corso e specialmente dopo il 1914 la frequenza della gotta diminuì notevolmente in molti paesi, ma sembra che da qualche anno sia in fase di ripresa. Non è dubbio che si tratta di fluttuazioni reali, ma non si può escludere che al fenomeno abbiano concorso alcune modificazioni dei criteri diagnostici: al principio del secolo si diagnosticavano come gotta solo i casi tipici con le loro crisi acute ed i rispettivi postumi, mentre oggi, e specie in Germania ed in Francia, il quadro morboso della gotta è

diventato più largo, comprendendo forme senza attacchi acuti, forme senza artrite e forme nelle quali varie affezioni uratiche si alternano con attacchi acuti. Questa tendenza ha determinato una certa confusione.

Il presente lavoro tende a definire il concetto nosografico della malattia ed a precisare i criteri diagnostici sulla scorta della letteratura e sullo studio di trenta casi di gotta tipica.

L'attacco acuto di artrite gottosa è così caratteristico da essere facilmente riconoscibile. Nei casi dubbi può giovare il criterio anamnestico. La gotta è una malattia che si ripete a crisi acute più o meno distanziate. L'individuo che soffre un accesso di gotta ne ha già sofferto o ne soffrirà.

La gotta è più frequente negli uomini che nelle donne e si manifesta per lo più nell'età matura. Dei 30 pazienti esaminati 29 erano uomini; uno ebbe il primo attacco a 15 anni, 2 tra 20 e 30 anni, 7 tra 31 e 40 anni, 10 tra 41 e 50 anni, 5 tra 51 e 60 anni e 4 tra 61 e 70 anni. Una netta disposizione ereditaria fu riscontrata solo in un caso. In 18 casi si accertarono abusi di bevande alcooliche, specie di birra. Si riscontrarono affezioni renali croniche in 5 casi e polycythemia rubra in 3 casi.

I tofi uratici costituiscono le alterazioni più caratteristiche della gotta. Quelli sottocutanei sono per lo più localizzati al padiglione dell'orecchio e possono presentarsi in una fase avanzata della malattia, fino a 30 anni dal primo attacco. Talvolta si riscontrano anche in individui che non hanno mai avuto accessi gottosi.

Tofi analoghi a quelli sottocutanei possono localizzarsi nelle articolazioni.

Da circa un secolo è stato ritenuto che l'iperuricemia sia un fatto costante nella gotta. Successivamente si trovò che l'aumento dell'acido urico può mancare. Secondo le statistiche più accreditate sarebbe presente nel 70 % dei casi.

D'altra parte l'iperuricemia può riscontrarsi in molti pazienti non gottosi: nell'insufficienza renale, nella quale la ritenzione di acido urico è più o meno proporzionale all'azotemia; nell'insufficienza cardiaca; nelle ematopatie (leucemia, policitemia, anemia perniciosa); in alcune infezioni (pulmonite, eresipela); nelle intossicazioni; dopo la radioterapia.

La determinazione dell'acido urico nel sangue è difficile, e ciò può dar ragione delle differenze riscontrate dai vari esaminatori.

Le ricerche fatte su 32 persone normali, alimentate per tre giorni con una dieta senza purine, hanno dimostrato che il siero di sangue ne contiene da 3,3 a 8,4 mg. per cento (nelle donne si hanno valori più bassi). In genere non si rilevarono sensibili modificazioni dell'uricemia in rapporto all'età, alla statura, al peso. In base a questi esami si può ritenere che valori superiori ai 9 mg. per l'uomo e agli 8 mg. per la donna sono anormali.

Nei trenta casi in esame le determinazioni dell'acido urico nel sangue furono fatte una o più volte. In 15 dei 27 pazienti sottoposti ad una dieta senza purine si ebbero valori varianti tra 9 e 22,4 mg.; in 2 casi si ebbero valori inferiori al limite normale più basso; in 10 si ebbero valori tra 5,6 e 8,7 mg. In tre pazienti che furono alimentati con una dieta ordinaria contenente purine si ebbero valori nettamente superiori.

In genere il grado dell'iperuricemia è in rapporto alla durata della malattia: durante i primi 2-3 anni dopo il primo attacco non è molto frequente nè molto alta, diventa sempre più acccentuata con il progresso del male.

Si ritenne per il passato che l'iperuricemia dei gottosi dipendesse da un'alterazione del rene, che determinerebbe una diminuzione dell'escrezione dell'acido urico. Successivamente fu attribuita ad un disturbo del metabolismo delle purine e ad un disturbo della circolazione dell'acido urico tra tessuti e sangue, probabilmente di natura allergica. La teoria renale fu di nuovo valorizzata da Thannhauser che distingue due tipi di gotta: gotta renale dipendente da una affezione organica dei reni, e gotta costituzionale primitiva dipendente dall'accumulo dell'acido urico nell'organismo a seguito dalla diminuita capacità dei reni a concentrare l'acido urico ma senza alcuna lesione renale. Nei 30 pazienti in esame si accertò che 3 soffrivano nefrosclerosi, 2 nefrite cronica emorragica e 3 presentavano una leggera insufficienza renale senza sintomi di nefrite. In due di questi pazienti si assodò che la gotta aveva preceduto di parecchi anni la nefrosclerosi, mentre uno già soffriva di nefrite cronica emorragica quando si manifestò il primo attacco. In sette pazienti si constatarono concrezioni uratiche nelle vie urinarie.

Comunque non si rilevò mai nessuna differenza della escrezione dell'acido urico nei sani e nei gottosi. Però a tale riguardo il comportamento degli individui normali e dei malati varia se si praticano iniezioni endovenose di acido urico o si somministra una dieta ricca di purine: nei normali si ha in genere un più rapido aumento dell'escrezione dell'acido urico.

È noto da tempo il fatto che si può provocare un accesso tipico mediante un'alimentazione ricca di purine. Si è cercato di sfruttare questo fenomeno a scopo diagnostico. In 16 dei casi in esame la prova non riuscì. Solo in un paziente a seguito della somministrazione quotidiana di 500 grammi di animelle si manifestò il dolore all'alluce sinistro al secondo giorno, ed al terzo giorno tipiche alterazioni obiettive.

L'escrezione dell'acido urico diminuisce e ne aumenta il contenuto nel sangue durante il digiuno o con una dieta ricca di grassi. Lockie e Hubbard trovarono che si può provocare nei gottosi l'accesso tipico mediante l'alimenta-

zione ipergrassa. Brchner-Mortensen ha ripetuto tale esperimento in 4 pazienti. Dopo la somministrazione per 7-11 giorni di una dieta ricca di grassi (19-46 gr. di proteine, 17-49 di carboidrati, 140-210 di grassi) l'eliminazione dell'acido urico diminuì notevolmente mentre aumentò il suo contenuto nel sangue. Però in nessuno dei casi si verificò l'attacco di gotta.

La velocità di sedimentazione, che si ritiene generalmente aumentata, fu trovata normale o subnormale in 11 pazienti, aumentata leggermente in 4 e notevolmente in 15. Nella maggioranza dei casi tale aumento si verificò dopo l'attacco e, specie nelle forme inveterate, rimase persistente per molto tempo. Naturalmente i casi con polycytemia rubra si ebbero valori subnormali.

Il reperto ematologico non presentava alterazioni tipiche.

In 14 casi si notarono segni di leggera insufficienza ed anche di lesioni parenchimatose del fagato, verisimilmente in rapporto con alcoolismo cronico.

In una serie di soggetti che presentarono sintomi i quali facevano sospettare una gotta atipica le prove su riferite non dettero risultati che chiarissero la diagnosi. I dati anamnestici ed i fatti articolari non erano caratteristici; mancavano l'iperuricemia ed i tofi; la somministrazione di acido urico dette reazioni normali.

Tuttavia non si può escludere che la gotta possa dare manifestazioni atipiche, incomplete. Ma perchè la diagnosi sia certa occorre che siano presenti almeno uno o due dei tre sintomi cardinali: attacco acuto, tofi veri, iperuricemia. Dr.

EPIDEMIOLOGIA.

Osservazioni sulla epidemia di poliomielite in adulti a Colonia nell'autunno 1938.

(M. Fey. *Mediz. Klin.*, 21 aprile 1939).

La epidemia poliomielitica di Colonia dell'autunno 1938 colpì complessivamente 371 individui, di cui 64 erano adulti. La epidemia degli adulti si iniziò solo in luglio, quando la epidemia generale era già in netta ascesa; coincise invece nel tempo l'acme delle due epidemie (bambini e adulti).

Come la morbilità generale, anche quella degli adulti era maggiore nei rioni più popolati e a popolazione di ceto più basso. Come per le altre malattie infettive del sistema nervoso, anche per la poliomielite si potè constatare una predilezione del sesso maschile: dei 64 casi in adulti, 26 erano donne e 38 uomini. La mortalità dimostrò nettamente la inferiorità del sesso maschile nella resistenza alla malattia: su 7 casi di morte tra i 64 ammalati, vi furono 6 uomini e una sola donna.

Grande variabilità del quadro clinico: all'inizione dell'epidemia degli adulti, gravi casi paralitici, in seguito poche forme paralitiche e molte forme abortive e meningee.

Nella recrudescenza della malattia degli adulti manifestatasi verso metà ottobre prevalevano gravi casi paralitici, molti a tipo Landry che nello spazio di 14 giorni provocarono 4 decessi (acme della mortalità degli adulti). In 28 casi si manifestò il solo stadio meningeo, preparalitico e quindi si ebbe la guarigione; in tutti gli altri casi si svilupparono paralisi flaccide, in pochi casi improvvise, per lo più precedute da debolezza progressiva e da fenomeni dolorosi. In alcuni casi anestesia, in altri iperestesia delle parti colpite; talvolta tumefazione, cianosi o ipotermia. Prevaleva la forma spinale: solo in 7 casi forme bulbo-pontine, in un caso paralisi isolata del faciale. È noto che le ricerche anatomo-patologiche di Peters del 1937 dimostrano che la malattia di Heine-Medin non dovrebbe più chiamarsi poliomielite, ma mielo-encefalo-meningite: infatti le alterazioni patologiche in forma di distruzione di cellule gangliari e formazione di infiltrati glio-mesodermali vennero trovate sia nelle corna anteriori che laterali e posteriori del midollo, nei territori nucleari motori, sensitivi e vegetativi del midollo e del ponte, nel cervelletto, nel mesencefalo, nella regione subtalamica e in diverse zone della corteccia. Da questa diversa disseminazione delle lesioni dipende la grande variabilità del quadro clinico.

In nessun caso di poliomielite degli adulti venne iniettato siero: in molti casi le paralisi regredirono spontaneamente, e in circa la metà dei casi non si sviluppò affatto la paralisi, risultati che sarebbero stati attribuiti al siero se questo fosse stato usato! Nei casi gravissimi venuti a morte col quadro di paralisi di Landry neppure il siero avrebbe potuto giovare come si deduce da numerosi analoghi casi sieroterapizzati riferiti nella letteratura. La sola terapia attuata fu il riposo assoluto, la buona posizione degli arti paralizzati e al caso analgesici e calmanti: utilissimi si dimostrarono subito dopo passato lo studio acuto i bagni caldi, che permettono al paziente di muovere con poca fatica l'arto paretico. La regressione delle paralisi fu tanto migliore quanto più precocemente essa incominciava: anche dopo mesi è ancora possibile un ulteriore miglioramento.

La morte avviene per lo più per paralisi respiratoria: l'applicazione di un apparecchio respiratorio, il « biomotore » si dimostrò utile nelle paralisi transitorie dei muscoli del respiro nello stadio acuto, non giovò invece nelle paralisi spiccate dei muscoli respiratori o del centro del paziente, completamente in sè e senza la minima difficoltà di respiro, muore improvvisamente entro pochi minuti.

P.

Contributo batteriologico ed epidemiologico allo studio di una epidemia circoscritta da Salmonella.

(A. LEON. *Archivio di Medicina e Chirurgia*, giugno 1939-XVII).

Una interessante epidemia da Salmonella scoppiata in una colonia marina e rimasta ad essa circoscritto è stata osservata dall'A. nei primi giorni di insorgenza, con una sintomatologia quasi uguale per tutti i colpiti. Nella colonia erano accolti circa 500 ragazzi gracili di età tra i 5 e i 15 anni, maschi e femmine; vi erano erano due padiglioni separati tra loro da ampi giardini; due infermiere, un ambulatorio, un padiglione di isolamento per malati contagiosi ed impianti ottimi di disinfezione e lavanderia. Si ammalarono in maggioranza i bambini dai 5 ai 9 anni. In quinta giornata dall'apertura della colonia circa 100 bambini erano degenti a letto con la seguente sintomatologia: inappetenza, cefalea, alvo lievemente diarroico con feci liquide, giallastre e puzzolenti. La temperatura aveva acmi serali di 39,5-40 e remissioni mattutine di 37,5-38. La lingua era patinosa, lievemente asciutta. Faringe modicamente arrossato; polso ritmico, frequente. Addome tumido, lievemente dolente, milza molle lievemente debordante solo in pochissimi casi.

Per poter stabilire la diagnosi furono prelevati campioni di sangue ed insemenzati in brodo-bile e brodo-glucosato. Si ottennero poi delle culture in terreno di Endo e di Drigalski di germi simili a quelli del genere Salmonella o Eberthella e Salmonella e precisamente simili ai bacilli del gruppo tifo paratifi ed enteriditis Gartner. Fu quindi proceduto alla identificazione del bacillo con l'agglutinazione: questa fu evidente per il paratifo B. Le sierodiagnosi fatte sui sieri di cinque malati, furono positive in 20a, 23a, 25a, 29a, 30a, giornata fino a 1:100 per il paratifo B con le emulsioni batteriche per sierodiagnosi di Widal dell'I. S. M., mentre furono del tutto negative per il tifo, paratifo A, coli, dissenterico, melitense e Bang. Accertata così la diagnosi in una febbre tifoide da paratifo B o gastro-enterite paratifosa da paratifo B, fu ricercata l'origine della insorgenza della malattia. Le indagini furono rivolte alle vivande consumate dai bambini durante i pochi giorni di permanenza nella colonia.

La carne era in ottime condizioni di conservazione, tenuta sempre in ghiacciaia; essa era stata somministrata sempre molto cotta ai ragazzi più grandi, mentre ai bambini più piccoli venivano date uova sode, frittate, formaggi, marmellate, latte, dolci. Mai erano state consumate carni in scatola, nè pesci conservati.

La colonia usava la stessa acqua potabile che era consumata nel paese, ove non si verificò nessun caso di forme intestinali. Comunque furono fatti prelievi di tale acqua al serbatoio, alle bocche nei padiglioni e in cucina, ma le culture riuscirono negative per qualsiasi germe patogeno. Il latte veniva portato tutte le mattine nella colonia da una piccola città lontana 80 Km., su di un autocarro, in bidoni di circa 50 litri. Non fu accertato con sicurezza se esso venisse pastorizzato. Durante l'ispezione fu trovato in ghiacciaia un bidone con circa 10 litri di latte, residuati dalla distribuzione di qualche giorno prima. Da tale latte fu isolato il bacillo del paratifo B. Fù così accertato trattarsi di una epidemia circoscritta di febbre tifoide causata da latte inquinato con paratifo B.

L'A. avanza diverse ipotesi sul modo di inquinamento del latte: il latte non fu pastorizzato e proveniva forse da una mucca ammalata o portatrice di bacilli del paratifo B; il latte non pastorizzato fu inquinato da un mungitore portatore di bacilli del paratifo B; il latte pastorizzato o no, fu inquinato in cucina dove veniva solo riscaldato o bollito insufficientemente; il latte pastorizzato o no fu inquinato durante la sua permanenza in cucina da qualche topo malato o portatore di germi di paratifo B o da qualche insetto (mosca).

F. VICENTINI.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Qualche nuova applicazione terapeutica del potassio.

(A. RAVINA. *La Presse Médicale*, 24 maggio 1939).

Le ricerche sulla funzione del potassio nell'organismo hanno spinto diversi Autori ad impiegarlo in varie forme morbose e talora con successo.

Un'azione curatrice del potassio è stata riscontrata in relazione alla paralisi familiare periodica, curiosa affezione caratterizzata da paralisi flaccida estesa, con abolizione dei riflessi ed ineccitabilità elettrica dei muscoli, insorgente improvvisamente, per lo più durante il sonno, e dileguantesi spontaneamente dopo un periodo di tempo che va da qualche ora a 3-4 giorni. Negli intervalli fra le crisi il soggetto gode completa salute ed ha una potenza muscolare normale. Harrington per primo ha notato la possibilità di troncare rapidamente la crisi con la somministrazione di citrato di potassio: dopo di lui, numerosi autori hanno ammesso che le crisi di paralisi periodiche si accompagnano ad una caduta cospicua del tasso del potassio nel siero e che la somministrazione di sali di potessio sono capaci di guarirle rapidamente.

Pudenz e collaboratori hanno studiato più attentamente il metabolismo del potassio e la sua efficacia terapeutica in un caso di paralisi periodica ed hanno constatato la netta diminuzione della quantità di potassio nel san-

gue durante le crisi ed il suo risalire a valori normali coi dileguare dei sintomi paralitici; come terapia hanno usato il cloruro di potassio per via orale alla dose di 5-10 gr. in soluzione acquosa, ottenendo la scomparsa dei fenomeni morbosi in mezz'ora, un'ora. Effetti più rapidi si possono avere con le iniezioni endovenose, ma allora occorre iniettare 50 cmc. di una soluzione di cloruro di potassio al 2 %, impiegando almeno dieci minuti nel fare l'iniezione. Secondo le ricerche di Pudenz e collaboratori l'azione del potassio sarebbe sul sistema nervoso centrale, essi prospettano l'ipotesi che il potassio introdotto nell'organismo agisca liberando un'altra sostanza capace di restaurare l'eccitabilità dei muscoli e dei nervi.

Un'altra applicazione terapeutica del potassio è quella proposta da Contat per la poliomielite anteriore acuta: l'autore, che usava il clorato di potassio, ha notato, durante un'epidemia di poliomielite, che in molti malati si aveva una remissione dei segni patologici dopo l'ingestione di clorato ed un aggravamento se si cessava la somministrazione del medicamento. Contat attribuisce l'efficacia del clorato di potassio al suo potere ossidante capace di inattivare il virus della poliomielite. La quantità di clorato di potassio da ingerire è di 5-6 gr. in un adulto, di 0,75-1 gr. nel lattante: il medicamento è sciolto in 250 gr. di sciroppo per l'adulto, in 125 gr. nel bambino e viene somministrando rispettivamente a cucchiai e a cucchiaini. Coutat ha proposto anche il clorato di potassio a scopo profilattico a dose eguale a 2/3 di quella curativa.

Benson-Bloom ed altri autori hanno infine consigliato il potassio nella febbre da fieno e nelle forme asmatiche. L'A. ha ottenuto ottimi risultati nell'oculoriniti da fieno somministrando 3 volte al giorno gr. 0,32 di cloruro di potassio sciolto in un bicchier d'acqua; buoni risultati ha ottenuto pure in asmatici.

Nell'asma cronica però si sono avuti migliori risultati prescrivendo lo ioduro associato a un regime declorurato.

Bloom ha tentato di trattare con lo stesso metodo altre malattie allergiche, ottenendo buoni risultati in tre casi di orticaria e in due di eczema. Molto efficace sarebbe il potassio anche nella sinusite poliposa, in cui può sostituire talvolta l'intervento chirurgico, cui del resto si può associare.

F. TOSTI.

L'uso di soluzioni anisotoniche nella cura delle oscillazioni della pressione endocranica.

(M. ERSNST. *Münch. Med. Wochenscrift*, 19 maggio 1939).

Se si iniettano direttamente nel sangue soluzioni ipertoniche di zucchero o di sale, aumenta nel sangue la pressione osmotica: in tali condizioni tutti i liquidi disponibili vengono dai tessuti ceduti al sangue onde ristabilirvi condizioni osmotiche normali. Un organo che meglio degli altri può in tali condizioni cedere liquidi al sangue, è il cervello, perchè esso dispone di una sua propria circolazione idrica: se si iniettano liquidi ipertonici nel sangue, diminuisce la produzione del liquor ed aumenta il suo riassorbimento. I liquidi esistenti negli spazi perivascolari delle cellule sono riassorbiti, di modo che diminuisce in misura evidente il volume del cervello: la pressione endocranica si abbassa e tale resta fino a che sia raggiunto l'equilibrio osmotico col sangue, tempo che comporta pochi minuti fino ad un massimo di 1/2 ora.

La transitorietà dell'effetto esercitato dalle iniezioni endovenose ipertoniche sulla pressione endocranica fa sì che esso si possa utilmente sfruttare solo in casi di aumento transitorio della pressione. Nelle ipertensioni endocraniche croniche da tumori, da vasti focolai emorragici, nell'idrocefalo e nella epilessia l'osmoterapia non può recare alcun giovamento. In tali stati può però manifestarsi un improvviso peggioramento spontaneo, dovuto ad edema cerebrale acuto (nell'idrocefalo, nei tumori): allora una iniezione endovenosa ipertonica può salvare il paziente dalla morte imminente. Dopo gravi lesioni ottuse del cranio la ipertensione endocranica post-traumatica può complicarsi con un edema cerebrale. In questi casi si procederà anzitutto a procedimenti chirugici quando questi siano indicati (puntura lombare, trapanazione). La comparsa di un edema del cervello non si può però nè prevedere nè diagnosticare in questi traumatizzati: e poichè l'edema non curato porta alla morte, è indicato tentare la osmoterapia in tutti i casi di gravi lesioni ottuse del cranio in cui non esistano controindicazioni precise. La principale indicazione per l'osmoterapia sono i disturbi che seguono alla commozione cerebrale. Il cervello reagisce alla commozione con un edema, i dolori provocati da tale reazione spesso compaiono solo dopo alcuni giorni: la iniezione endovensa di soluzioni ipertoniche è seguita da un miglioramento immediato.

Dopo un trauma cranico devono passare almeno 24 ore prima di ricorrere senza inconveniente alla osmoterapia. Anzitutto perchè lo stato di shoc è una controindicazione assoluta: polso rapido, incoscienza, ipotermia, respiro accelerato, cute fredda, ecc. spesso sono i segni di una diminuita pressione endocranica e in tali condizioni le iniezioni ipertoniche aggravano il quadro già per sè minaccioso. Inoltre gli effetti delle iniezioni ipertoniche potrebbero mascherare in modo pericoloso il quadro morboso e così indurre ad astenersi da un intervento urgente: si ricorrerà perciò alla osmoterapia solo dopo avere scrupolosamente esaminato il paziente e stabilito

in modo preciso se vi sia o no la indicazione per un intervento chirurgico.

Poichè la iniezione endovenosa di sale non è priva di inconvenienti, l'osmoterapia si pratica quasi esclusivamente con soluzioni glucosate. Si usa una soluzione di glucosio al 30 %-50 %, e se ne iniettano nella vena quantità fino a 60 cmc. L'iniezione va eseguita con lentezza, la si può ripetere dopo 5 ore. Se neppure con la seconda iniezione si ottiene giovamento è inutile insistere con l'osmoterapia. Invece dopo disturbi post-commozionali si ripetono le iniezioni a seconda del bisogno, non superando però il numero di una iniezione al giorno.

P.

DIVAGAZIONI

La vita a bordo dei sottomarini.

Uno dei migliori trionfi dell'igiene è quello di avere procurato che la vita nei sottomarini possa svolgersi senza alcun danno per la salute degli equipaggi malgrado gli sforzi che possano essere loro imposti, malgrado il numero e la durata delle immersioni, malgrado la navigazione nei peggiori climi. Un tale compito offriva difficoltà gravi tenuto conto che gli uomini a bordo dei sottomarini devono essere sempre in possesso delle loro capacità intellettuali in ragione della delicatezza delle mansioni cui devono attendere e del fatto che la minima falsa manovra può provocare una catastrofe.

Oudard (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 23 maggio 1939) ha esposto la vita a bordo di queste unità per mettere in evidenza le principali difficoltà che si son dovute vincere nel campo dell'igiene.

Il problema più importante è quello dell'aerazione, perchè l'ingombro a bordo è tale che il volume d'aria a disposizione di ciascun uomo non supera il metro cubo.

All'àncora la ventilazione naturale è abbastanza soddisfacente. In navigazione alla superficie l'aerazione è possibile per una sola apertura, ma non è sufficiente. Occorre la ventilazione artificiale per evacuare l'aria viziata ed immettere aria fresca. Questa ventilazione deve essere continua e molto attiva perchè i motori Diesel, organi di propulsione in superficie, viziano notevolmente l'atmosfera interna. Numerosi strumenti di controllo consentono di verificare l'efficienza della ventilazione.

In sommersione l'aria è viziata per numerose cause: 1) Uomini: respirazione ed emanazioni varie dei loro corpi. 2) Apparecchi: *a*) vapori di petrolio dai depositi e dai motori; *b*) prodotti di volatilizzazione degli olii di lubrificazione; *c*) idrogeno, idrogeno solforato, gas solforosi, cloro, idrogeno arsenicale ed antimoniale, provenienti dall'azione dell'acido solforico sul metallo delle enormi batterie d'accumulatori, organi di propulsione in sommersione.

La purificazione di un'atmosfera così fatta è molto complessa. Occorre innanzi tutto rimescolare l'aria energicamente allo scopo di impedire la formazione di sacche nocive e di omogenizzare la temperatura. Si elimina l'anidride carbonica, quando raggiunge il tasso dell'1 %, facendo passare l'aria attraverso la soda caustica, e si rifornisce ossigeno, quando tende a cadere al di sotto del 17 %, mediante rigeneratori speciali o bombole di ossigeno compresso. Per dosare l'anidride carbonica e l'ossigeno si adoperano apparecchi la cui sensibilità e robustezza sono state lungamente provate.

L'idrogeno prodotto in grande quantità dagli accumulatori è pericoloso perchè nella proporzione del 7 % forma un miscuglio tonante. Deve perciò essere regolarmente dosato ed eliminato.

L'idrogeno arsenicale prodotto dall'azione dell'acido solforico è stato per lo passato causa di gravi intossicazioni: deve anche essa essere eliminato.

Gli altri gas o vapori non sono praticamente pericolosi.

La distruzione dei germi vien fatta mediante polverizzazioni antisettiche.

Il funzionamento dei diversi apparecchi, la presenza di parecchi uomini in uno spazio ristretto determinano un aumento della temperatura dell'ambiente che riesce rapidamente penosa ed anche insopportabile specie nei climi tropicali. Quest'inconveniente diventa più grave quando si eleva lo stato igrometrico, che può raggiungere anche il 100 %. Da ciò la necessità del condizionamento dell'aria.

Per riposare si adoperano cuccette o amache sulle quali gli uomini si distendono con abiti da notte del tipo pigiama. Gli abiti da servizio si adattano ai climi, in quelli caldi sono preferibili le semplici mutandine con camiciole.

La cottura degli alimenti può essere fatta con fornelli a petrolio quando il sottomarino naviga in superficie, ma quando è in immersione bisogna adoperare i fornelli elettrici. In ogni caso occorre evitare le preparazioni capaci di produrre troppo fumo o odori sgradevoli. In prossimità della cucina funziona un frigorifero.

L'approvvigionamento di viveri freschi non può essere fatto che per i bisogni di tre giorni. Per periodi di navigazione più lunghi bisogna ricorrere alle conserve che devono essere molto varie ed appetitose per evitare il disgusto e la perdita dell'appetito.

L'acqua potabile, quando termina la scorta caricata in porto, può essere fabbricata a bordo con speciali ebollitori.

Le ritirate sono fatte in modo da potere es-

sere lavate con acqua di mare ed evacuate mediante pompe elettriche.

La pulitura dei pavimenti e delle pareti si fa con gli aspiratori.

La pulizia personale si fà con adatti lavabi muniti di rubinetti con acqua bollita; le doccie possono essere alimentate con acqua di mare fredda o riscaldata. Un sapone speciale consente di utilizzare l'acqua di mare per la pulizia corporale e per lavare la biancheria.

In crociera il servizio sanitario del sottomarino è disimpegnato da un ufficiale medico. Oltre alle visite normali completate da consigli curativi e preventivi ogni uomo subisce ogni sei mesi un esame generale completo con radioscopia pulmonare. Il medico ha a sua disposizione cassette speciali di farmaci e medicature, e materiale chirurgico che gli consente di far fronte a tutte le eventualità.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

F. EICNHOLTZ. *Lehrbuch der Pharmakologie*. Edit. J. Springer, Berlino. Prezzo RM. 16,50.

Questo manuale di farmacologia ha un'impostazione e un indirizzo affatto originale. La dottrina dei mezzi curativi è una derivazione della fisiopatologia generale dell'intero organismo e dei vari organi e tessuti. La conoscenza delle alterazioni delle varie funzioni dà la norma per la correzione di ogni disturbo. È una terapia razionale, che prescinde dall'empirismo e cerca di dar ragione del meccanismo di azione dei farmaci.

È un libro molto utile per i medici pratici e per gli studenti anche perchè espone dettagliatamente le più recenti e sicure acquisizioni in fatto di terapia.

DR.

L. DAUTREBANDE, E. PHILIPPOT, F NOGARÈDE, R. CHARLIER. *Travaux pratiques et demonstration de Pharmacodynamie*. Un vol. in-8° di 134 pagg., con 56 figg. Masson et C.ie, Paris, 1938. Prezzo 35 fr.

Libro denso di fatti e scarso di parole, tanto che mancano persino prefazione ed introduzione, con cui generalmente gli autori spiegano gli scopi del loro lavoro. Qui s'incomincia *ex abrupto* col capitolo « Tecniche sperimentali », in cui sono descritte schematicamente, ma chiaramente le tecniche da seguirsi negli esperimenti di farmacodinamia. Seguono poi le indicazioni per le singole ricerche, sui modificatori della respirazione, sull'azione della digitale, sugli anestetici, la sensibilizzazione, l'antidotismo, l'ossigeno- e carbo-terapia.

Questa parte è particolarmente dedicata a chi si dedica particolarmente a studi sperimentali di farmacologia. I capitoli che seguono possono invece interessare chiunque abbia una certa pratica di laboratorio ed intenda fare delle ricerche anche di interesse clinico, quali l'identificazione di composti minerali od organici, di sostanze medicamentose, di alcaloidi, nonchè di gas di combattimento.

Nozioni esposte, come si è detto, quasi schematicamente, ma con particolari sufficienti per facilitare il compito dell'analista, che troverà una guida sicura in questo libro uscito dall'Istituto di Farmacologia dell'Università di Liège, di cui Dautrebande è il direttore.

fil.

A. GORIS e A. LIOT. *Pharmacie galénique*. Due voll. in-8°, pagg. 1940. Masson et C.ie, Paris, 1939. Prezzo 390 fr., rilegati in tela 450.

In tanto imperversare di specialità, per cui il farmacista è in gran parte ridotto a smerciare dei medicamenti già preparati, ecco che i due AA., di cui l'uno (Goris) insegna Farmacia galenica alla Facoltà di Farmacia di Parigi e l'altro (Liot) è vice-direttore della Farmacia degli Ospedali pure di Parigi, ritornano alla più classica Farmacia galenica. Questa, però, non si conclude nel retrostanza della Farmacia adibito a laboratorio, ma considera anche la grande industria farmaceutica, la preparazione di rimedi di varie origini (estratti vegetali, essenze, prodotti opo- e sieroterapici, ecc.) ed il laboratorio attrezzato per il rigoroso controllo della purezza dei medicamenti, che non sempre il farmacista può fare da sè.

L'opera si inizia con un cenno storico sulla farmacia, specialmente in Francia, con la lotta degli « apotecari » per elevarsi a farmacisti. Nella parte prettamente scientifico-pratica, si incomincia con la composizione chimica della cellula vegetale, nozione indispensabile perchè è dalla natura dei relativi costituenti che dipendono le condizioni per la raccolta e la conservazione delle materie prime e per la stabilizzazione. Secondo i prodotti utilizzati, si hanno poi la fito-, opo-, siero- e batterio-terapia; per tutte, sono dati i particolari per l'allestimento ed il confezionamento. Accuratamente ed ampiamente sono descritte le tecniche di preparazione delle varie forme farmaceutiche ed i controlli da eseguirsi. Capitoli speciali sono dedicati alla preparazione del materiale di medicatura e sutura ed alla loro sterilizzazione. L'opera termina con dei capitoli sulla sterilizzazione in genere, sul modo di somministrazione e di azione dei medicamenti, sulla conservazione e le incompatibilità.

Studenti, farmacisti, direttori di laboratori chimico-farmaceutici e medici consulteranno con grande utilità l'ampio e coscienzioso lavoro dei due AA.

fil.

CHABROL ÉTIENNE. *Doctrines thermales*. Pag. 156. Paris, Masson e C. Éditeurs. Fr. 35.

Libro di coltura medica, geografica e etnografica, di arte, di storia, di archeologia, di

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

pensiero e di *folclore*, di un po' di tutto, ma un tutto espresso in uno stile elegante, immaginoso, bellamente letterario, in cui quà e là sprizzano spunti di umorismo garbato, deliziosissimo. Si direbbe quasi che l'idrologia ne sia un pretesto, tanto l'umanista e l'artista prendono il sopravvento sull'uomo di scienza. Comunque appare chiaramente che la parte dottrinaria, per quanto vistosa, è più che altro regionale, mentre il resto è universale, e quindi il libro può interessare gli studiosi di qualunque paese.

Partendo dalla premessa che le stazioni termali — per l'A. naturalmente quelle del suo paese — hanno, come le persone di qualità, un albero genealogico, che risale nel caso specifico al di là della frontiera della storia, alla foresta celtica, per cui il sentimento religioso si fuse con quello termale, si passa alla conquista di Cesare, e si inizia quell'epoca che l'A. chiama « gallo-romana » e che riprodusse e diffuse « l'immoderato gusto » dei vincitori per i bagni. Da questi concetti, largamente trattati, emerge tutta la potenza geniale e creativa, civilizzatrice e costruttiva dell'antica Roma, ed è anche per questo che il libro può riuscire specialmente gradito a noi che ne siamo i diretti figli.

E anche noi amiamo pensare con l'A. che « i grandi mangiatori e dispeptici del basso impero » andassero colà a curare il loro fegato, la loro gotta, la loro renella, e non mancano i documenti in proposito non solo medici, ma sopratutto archeologici, che l'A. pone in pittoresca evidenza.

Con queste allettanti forme scientifico-storiche-letterarie sono illustrate l'idrologia e la balneologia dell'Auvergne, di Vichy, di Royat, di Aix-en-Savoie, per quindi passare alla interessante storia termale della gotta attraverso i secoli, ricca di dottrina, di anneddoti e... di buon umore.

A conclusione della lettura del libro noi pensiamo che le acque e le terme, di cui tanto ricca è l'Italia, molto più rapidamente ed efficacemente acquisterebbero la giusta fama, se trovassero anche tra noi uno scrittore, diremmo meglio un cantore, della forza dello Chabrol, che imitasse lo stile dell'autore francese e lasciasse tra le quinte la chimica, la statistica, i bei risultati clinici e terapeutici, tutto un insieme che non diverte, e pur troppo la noja predispone male alla cura del fegato e della gotta.

G. M.

Die Meerwasser-Trinkkur. Contributi pubblicati sotto la direzione di H. VOGT. Un vol. in-8° di 63 pagg. con 18 figg. J. Springer, Berlin, 1938. RM. 4,80.

Forse a torto, non si è mai pensato finora alla utilizzazione dell'acqua di mare proibita a scopi curativi. Si va a caccia di tante acque minerali e si è finora trascurata quella del mare, che ne contiene tanti, anche di quelli che — sia pure in tracce — appaiono tanto utili alla vita. A quanto sembra, in Germania la pratica di bere l'acqua di mare si è già abbastanza diffusa, tanto che ne è stato costituito un commercio.

Il presente volume riunisce una serie di 11 conferenze dovute a diversi autori ed intente a dimostrare le caratteristiche dell'acqua di mare ed a dimostrarne l'utilità come rimedio, accennando al modo di usarne, alla composizione, alle proprietà farmacologiche, all'influenza sulla mineralizzazione, all'igiene, ecc.

Le indicazioni terapeutiche, riassunte da Vogt, sono essenzialmente le malattie gastro-intestinali, quelle del ricambio, la diatesi essudativa, gli stati post-infettivi; essa può anche costituire un rimedio coadiuvante nelle malattie dell'apparato urinario e nei disturbi nutritivi infantili.

fil.

M. DEROT. *Le traitement du rhumatisme gonococcique.* Edit. J.-B. Baillière et F., Parigi. Prezzo Fr. 15.

In questo piccolo fascicolo della collana « *Les thérapeutiques nouvelles* » è esposta la terapia del reumatismo gonococcico, che negli ultimi tempi si è molto perfezionata.

L'esposizione è divisa in tre parti: 1) Trattamento del focolaio infettivo iniziale; 2) Trattamento generale e trattamento diretto delle lesioni articolari; 3) Trattamento delle forme acute localizzate.

DR.

R. B. FOSDICK. *The Rockefeller Foundation.* A Review for 1938. In-8° di 72 pagg. con figg. New York, 1939.

È il consueto resoconto annuale della munifica « Fondazione » redatto dallo stesso Presidente. Dei 15 milioni di dollari a disposizione, ne sono stati spesi 3,8 per le scienze mediche, 3,8 per quelle sociali, 3 per le naturali, 2,5 per la pubblica salute, 1 per attività umanistiche e 0,3 per le ricostruzioni rurali in Cina. Circa i 3/4 sono stati spesi per gli Stati Uniti ed 1/4 per paesi stranieri.

Per le scienze mediche, oltre alla psichiatria ed igiene mentale, sono stati accordati sussidi per studi sulla chemioterapia, la dermatologia, medicina legale, odontoiatria, malattie della vecchiaia. Importanti sussidi sono stati accordati per studi sulla biologia molecolare e la biologia sperimentale.

Il resoconto è accorato perchè le minacciose nubi di guerra che si vanno addensando fanno temere una disintegrazione della coltura; particolarmente penosa è la situazione in Cina, dove la « Fondazione » aveva iniziato da vari anni un programma di riassestamento culturale e sociale; di 144 istituzioni (fra Università, Scuole e Collegi) ivi esistenti un anno e

mezzo fa, 82 si trovavano in città che sono state « spazzate via » dalla guerra e soltanto 65 funzionano come prima; alcune istituzioni hanno emigrato verso le province dell'interno, di molte altre non si ha più notizia. Fra le biblioteche distrutte è da menzionarsi quella sinologica di Nanking, che conteneva preziosi manoscritti dell'antica letteratura cinese ed alcune delle prime opere stampate. *fil.*

A. IORES. *Klinische Endokrinologie*. Editore I. Springer, Berlino. Prezzo, RM. 27.

Le nostre conoscenze nel campo delle secrezioni interne si sono molto arricchite in questi ultimi anni. Numerosi elementi hanno apportato nuova luce su questo argomento che ogni giorno appare sempre più vasto, più complesso, più importante. La parte clinica si è andata meglio precisando, ma tutto è sparso in una letteratura enorme, che non è alla portata dei medici pratici e degli studenti. Merito precipuo del libro elaborato dallo Iores è quello di dare un'esposizione sistematica, organica della fisiopatologia, della clinica e della terapia delle affezioni determinate dalle alterazioni delle glandule e secrezione interna.

La trattazione è concisa, ma chiara e completa, ed ha un indirizzo schiettamente pratico.

Numerose figure, di cui alcune a colori, illustrano il testo. DR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 1° maggio 1939

Presiede il Prof. G. JAPPELLI.

Impregnazione del sistema reticolo-endoteliale ed infezioni sperimentali.

BAKUNIN L. e DEZA CENGET D. — Gli OO. mettono in dubbio la possibilità della formazione del così detto « blocco » parziale o totale del S.R.E. nell'animale vivente e, basandosi sulla bibliografia e sui risultati delle loro investigazioni sperimentali, definiscono tale fenomeno come una semplice impregnazione del sistema che può causare, nella totalità del sistema o in ognuno dei suoi elementi isolati, una disfunzione, diretta o indiretta, che mai giunge all'abolizione funzionale assoluta del S.R.E. medesimo. Basandosi su tale principio, gli OO. adoperano nel loro lavoro la parola « impregnazione » del S.R.E. e denominano « impregnati » gli animali nel cui S.R.E. è fissata la sostanza impregnante.

Ciò premesso, gli OO. espongono i risultati di ricerche eseguite su conigli impregnati con Thorotrast, somministrato per via endovenosa, intraperitoneale o sottocutanea; successivamente alcuni di essi venivano inoculati con stafilococco, streptococco, pneumococco, b. di Koch (tipo bovino), mentre altri erano tenuti come controlli.

Oggetto delle ricerche furono la tossicità del Thorotrast, le modificazioni dell'emogramma, la glicemia, la calcemia, la distribuzione del Thorotrast in conigli non inoculati, le modificazioni istologiche prodotte da esso, la morbilità e la mortalità negli animali impregnati ed inoculati, le lesioni istologiche osservate negli animali impregnati ed inoculati, la investigazione del Thorotrast con l'ultramicroscopio.

I risultati ottenuti dagli OO. dimostrano che, non ostante la minore resistenza che si osserva negli animali impregnati con Thorotrast, l'infezione sperimentale da stafilococchi ha causato distinte lesioni tissulari e di minore intensità in questi che nei controlli. Nell'inoculazione sottocutanea la formazione degli ascessi è più precoce e i fenomeni tossici più violenti nei controlli che negli impregnati; nell'inoculazione endovenosa nei controlli le lesioni sono di tipo settico-piemico, mentre negli impregnati le lesioni renali rivestono il tipo nefrosico, varietà necrotica, ecc.

Nell'inoculazione sottocutanea da b. di Koch (tipo bovino), mentre i controlli reagiscono alla infezione nella forma abituale, con le loro adenopatie regionali caratteristiche, gli impregnati presentano una invasione massiva con lesioni più intense nella milza, nei polmoni, nel fegato e nella corticale surrenale. L'infezione bacillare per via endovenosa lede in grado eguale e nello stesso tempo i controlli e gli impregnati, le lesioni più intense si osservano nel polmone. Quale conseguenza di queste infezioni bacillari in animali impregnati con il Thorotrast sono degne di nota le grandi splenomegalie, mai incontrate nei controlli e le cui caratteristiche macro- e microscopiche ricordano la forma splenica della linfogranulomatosi.

Inoltre, mentre le cellule multinucleate mostruose di tipo reticolo-endoteliale, descritte nelle splenomegalie non contengono Thorotrast, che manca anche nelle lesioni da stafilococco; al contrario la presenza di Thorotrast è costante nei granulomi tubercolari, come pure nelle cellule epitelioidi e nelle giganti di Langhans.

Trattamento delle ferite a cielo aperto e influenza delle vitamine A e D.

BAKUNIN L. — Dopo aver passato in rivista i diversi metodi di cura delle ferite basati sui vari agenti fisici, chimici, biologici, l'O. presenta un elenco di 57 casi di lesioni varie trattate nel suo reparto di chirurgia, elenco dal quale ha avuto cura di eliminare tutti gli ammalati che agli esami clinici e di laboratorio risultavano essere affetti da lue, diabete, affezioni renali, ecc.

Il metodo da lui adottato consiste in pulizia e preparazione accurata della ferita, escissione di tutte le parti necrotiche e non oltre le sei ore dal trauma; sutura di tutte le soluzioni di continuità che si possono ricoprire con la pelle, riduzione delle fratture e lussazioni, ecc. La parte lesa deve restare in riposo; se si tratta di un arto è necessario porlo su un piano inclinato che aiuti e faciliti la circolazione (un piano di Braun per l'arto inferiore, un aeroplano per il superiore); la regione lesa, se possibile, deve essere posta su tele sterilizzate e poi ricoperta con una sorta di campana di garza distesa su speciali armature di fili di ferro. Tutti i liquidi di eliminazione sono asportati e le tele e garze sterilizzate debbono esser cambiate di tanto in tanto.

Sulle ferite, ogni 2-4 giorni, si applica olio di fegato di merluzzo, lasciando la ferita libera nella camera di garza, priva di qualsiasi contatto diretto con altre medicazioni, applicandosi l'olio con una specie di bottiglia sifone. Lo stesso metodo si segue per la cura delle ustioni.

Insistendo sulla relativa rapidità, l'efficacia e l'economicità del metodo e facendo anche rilevare, quale importante conseguenza di esso, la formazione di cicatrici lisce, elastiche, che mai divengono cheloidee, l'O. conclude che, come è stato già ammesso per gli ustionati, anche per i feriti con grandi e piccole lesioni locali, bisogna ammettere che questi, oltre ad essere affetti da una lesione locale più o meno estesa in superficie od in profondità, sono dei malati nei quali l'organismo soffre, in tutti i suoi apparati od in alcuni di essi in modo speciale, le conseguenze dello shock locale, dell'intossicazione per il riassorbimento di sostanze provenienti dai tessuti in disgregazione, della consecutiva rigenerazione cellulo-tissulare. Tutte le modificazioni anaboliche e cataboliche causate dal trauma debbono, in maggior o minor grado, influire su tutto l'organismo. Queste considerazioni danno ragione dell'uso dell'olio di fegato di merluzzo che, applicato localmente, agirebbe con un duplice meccanismo d'azione, generale e locale, restando da stabilire se l'efficacia di esso si debba attribuire solo alle vitamine A e D od anche a qualche altro dei suoi componenti.

CASTRONUOVO G. — *Stenosi polmonare congenita o stenosi dell'arteria polmonare acquisita (morbo nero di Ayerza-Arillaga?).*

GACCURI S. — *L'insulina-protamina-zinco nella cura del diabete.*

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 27 gennaio 1939.

Presidente: Prof. BOBBIO.

L'immagine corneale riflessa nella sindrome di Cl. Bernard-Horner

PERRIER S. — Viene descritto un nuovo sintoma che si constata nella sindrome di Claude Bernard Horner, che consiste in una distinta opacità delle immagini esterne, riflesse sulla superficie corneale. Il sintoma, descritto alcuni anni or sono dal Metzger di Francoforte, è rilevato costantemente anche dall'O. Nella sindrome di Claude Bernard acquisita invece l'O. lo ha rilevato solo nei periodi iniziali della lesione, stante la probabile rigenerazione dei neuroni del simpatico cervicale, che si verifica nei periodi successivi. Viene quindi svolta l'interpretazione fisiopatologica del fenomeno secondo le vedute dell'O.

Sulla patogenesi di rare stenosi cicatriziali del cono polmonare.

MOTTURA. — L'O. presenta due casi di stenosi del cono arterioso del cuore destro in adulti, con aspetti apparentemente simili, ma di diversa patogenesi.

Nell'uno la stenosi risultò provocata dalla retrazione di una cicatrice in rapporto con un'arterite sifilitica del bulbo aortico a evoluzione gommosa; nell'altro la stenosi, essendo costituita da un cercine muscolare nella sede della normale cresta sopraventricolare del ventricolo destro, e coesistendo un diverticolo della *pars membranacea septi*, era di origine verosimilmente congenita.

Sulla morfologia delle vene dell'uomo attraverso le varie età.

BUCCIANTE. — Fu esaminata la struttura dei seni longitudinale e trasverso della dura madre, della vena azygos, delle vv. mesenteriche e lienale e della v. grande safena in 35 soggetti di differente età.

Risultarono in esse sensibili modificazioni, inerenti particolarmente al componente muscolare ed elastico, che presentano un progressivo aumento in rapporto dell'età.

Seduta del 24 febbraio 1939.

Il socio Prof. BRUZZONE commemora il Gen. EMILIO BOBBIO, fratello del presidente, recentemente scomparso.

L'applicazione delle derivazioni elettrocardiografiche toraciche nella diagnostica medica.

CROSETTI e CERUTTI. — Gli OO. riferiscono su di una serie di ricerche nelle quali si sono proposti di precisare i limiti dell'utilizzazione clinica di numerose derivazioni elettrocardiografiche toraciche nei riguardi della diagnosi di alcuni stati di sofferenza cardiaca, di particolare interesse per la pratica clinica.

Illustrano con numerose proiezioni un numero rilevante di casi, in cui, mediante l'adozione di derivazioni transtoraciche o di derivazioni a queste equivalenti, è stato possibile mettere in evidenza l'esistenza di uno stato di sofferenza miocardica che nelle derivazioni periferiche non trovava dimostrazioni ovvero dava solo segni di dubbio valore.

Gli OO. limitano la loro dimostrazione quasi esclusivamente a quella parte della casistica nella

quale l'esame anatomico ha dimostrato la reale esistenza di lesioni.

Passano poi a riferire sulle osservazioni compiute sulla IV derivazione in numerosi casi di blocco di branca, e sul comportamento della stessa derivazione negli stati di preponderanza ventricolare D e S. In queste ultime situazioni il reperto elettrocardiografico acquista secondo gli OO. un significato del più notevole interesse.

Un'altra parte delle ricerche è stata rivolta a tentativi di dimostrazione grafica dello stato di fibrillazione atriale, nei casi in cui le derivazioni periferiche non mettono in evidenza oppure in modo non sicuro l'esistenza del disturbo.

Presentazione di un nuovo metodo di sondaggio duodenale.

BELLOMO. — L'O. presenta un nuovo tipo di sonda duodenale e, descrivendone le modalità d'uso, mette in evidenza il vantaggio consistente in un netto aumento di positività.

Seduta della Società Medica della Libia

del 9 giugno 1939-XVII.

Presidente: prof. ALBERTO CIOTOLA.

Il dott. ANTONINO NASTASI a proposito del *Planorbis* rinvenuto a Gat da lui nel 1937 e di cui era rimasta in dubbia la diagnosi esatta di specie, espone le considerazioni che lo inducono a pensare che si tratta di *Planorbis Pfeifferi*, confermando il giudizio diagnostico emesso da malacologici italiani ed inglesi che hanno esaminato il mollusco. L'O. presenta numerosi campioni dei *Planorbis* rinvenuti e ricorda che il *Planorbis Pfeifferi* è universalmente ritenuto ospite intermedio di *Schistosoma Mansoni* e che ritorna così sul tappeto la possibile presenza a Gat della schistosomiasi intestinale.

Il dott. ANGIOLO BRAVI presenta una relazione sull'« Ambulatorio delle malattie nervose e mentali presso l'Ospedale di Tripoli nel suo primo anno di vita ». Detto ambulatorio rappresenta il primo esempio di ambulatorio neuro-psichiatrico italiano di razze miste ed il primo nucleo per un dispensario di igiene mentale nell'Africa settentrionale italiana. Deve la sua origine all'istituzione (1937) della sezione manicomiale per metropolitani, all'aumento notevole della popolazione neuropsichiatrica libica, alla maggior sensibilità sociale verso i malati mentali, all'introduzione in Libia dello strumento legale della dimissione in prova. Ha provveduto a 231 prime consultazioni, 571 successive, 802 in tutto: la proporzione razziale dà 78,3 % per i nazionali, 7,4 % per i mussulmani e 14,3 % per gli israeliti (per le prime visite); rispettivamente 55,5 %; 7,2 %; 37,3 % per le successive: massima affluenza dei nazionali, minima per i mussulmani, proporzionalmente cospicua per gli israeliti. Nosograficamente preminenti le malattie nervose (99 su 231), con prevalenza per le encefalopatie (61), soprattutto le epilessie; fra le malattie mentali (78), netta preminenza delle distimie e delle diverse forme d'isteria. Una considerazione a parte per la neurastenia, nelle diverse sue forme (44). La relazione termina con il riconoscimento della necessità che il reparto psichiatrico e l'ambulatorio per le malattie nervose e mentali costituiscano, nel loro modesto microcosmo un centro di studi etnopsichiatrici e un nucleo iniziale d'igiene mentale in terra d'Africa.

I dottori BELLECCI e MODICA hanno studiato la « Flora batterica e la citologia delle secrezioni congiuntivali in Tripolitania »; lo studio è stato fatto in 378 individui affetti da malattie oculari e gli autori hanno tratto le seguenti conclusioni: 1) è stata rilevata la presenza del bacillo di Koch Weecks in 102 casi (60 %), del diplobacillo di Mora Axenfeld in 54 (14 %) e del pneumococco in 32 (8,4 %), mentre il gonococco è stato repertato in soli 8 casi pari al 2,1 % di quelli studiati; 2) la congiuntivite catarrale acuta, anche in Libia, durante la stagione estivo autunnale assume carattere epidemico ed è sostenuta dal bacillo di Koch Veecks od in associazione al pneumococco, al diplobacillo ed ai piogeni; 3) la congiuntivite gonococcica in Tripoli è sporadica e non ha avuto, almeno nel 1938, carattere epidemico; 4) lo studio morfologico degli elementi figurati nelle secrezioni congiuntivali ha scarsa importanza diagnostica.

Gli stessi dottori BELLECCI e MODICA descrivono « L'aspetto batteriologico delle panoftalmiti in Libia » e attraverso lo studio di 14 casi di panoftalmite consecutiva ad affezioni congiuntivali in soggetti libici, hanno isolato dieci ceppi di stafilococco, quattro di streptococco e mai il gonococco; essi affermano che le panoftalmiti in Libia riconoscono gli stessi agenti patogeni rilevati in altri paesi.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

False sindromi addominali acute.

C. Rossi (*Clinica Chirurgica*, marzo 1939) illustra dieci casi occorsi alla sua osservazione di sindromi addominali acute dolorose con i caratteri clinici di peritoniti acute perforative, senza una corrispondente lesione anatomica.

In tre casi la sindrome addominale acuta era simulata da una polmonite, nel quarto da una peritonite tubercolare, nel quinto e sesto da cosiddette peritoniti sierose sulla cui etiopatogenesi molto si discute, in altri tre casi da malattie epato-biliari (cirrosi del fegato con ileo paralitico, epatite necrotica emorragica, colecistostasi acuta), e nell'ultimo caso da calcolosi renale con anemia, ileo paralitico ed uremia.

Oltre queste condizioni patologiche, che sono occorse all'A., anche altre, come registra la letteratura medica, possono creare al chirurgo imbarazzi diagnostici e sono state causa di errate diagnosi e di interventi inutili.

Così sono state descritte sindromi addominali acute simulate da porpora, da allergia alimentare, da coma diabetico, da malattie cardiovascolari, da adenite mesenterica, da malaria e da amebiasi. Sono stati citati anche casi di tabe dorsale, di affezioni della colonna vertebrale, di tumori midollari, di colica saturnina, di porfirinuria e di morbo di Addison.

La conoscenza di quanto sopra impone al chirurgo, di fronte ad un caso di chirurgia d'urgenza addominale, di praticare l'esame anamnestico ed obbiettivo il più completo possibile per poter rintracciare segni anche piccoli che lo potrebbero orientare verso una di quelle malattie capaci di simulare una sindrome addominale acuta. F. TOSTI.

Addome acuto malarico.

D. Campanacci (*Minerva Medica*, 28 aprile 1939) riferisce un caso raro ed interessante di sindrome addominale acuta dovuta ad infezione malarica.

Il soggetto in questione, dopo aver sofferto in A. O. I. di tipici attacchi malarici, era tornato in patria quando, mentre era sottoposto a visita medica in un ambulatorio dove si era recato per il persistere dell'astenia, pallore ed anemia, fu colto improvvisamente da dolori violenti, diffusi all'addome con perdita dei sensi, caduta a terra, sudore freddo, vomito biliare non ematico, poi conati infruttuosi. Il dolore si andò localizzando verso l'ipocondrio sinistro: intervenne poi singhiozzo e sbadiglio. Le condizioni generali del paziente e specialmente quelle circolatorie ed ematologiche sconsigliarono il chirurgo dall'intervento nonostante che la diagnosi posta fosse di addome acuto da probabile perforazione di ulcera gastrica. Le condizioni del malato restarono gravissime per cinque giorni, con febbre alta, addome meteorico e dolente fortemente, alvo chiuso anche ai gas e singhiozzo; poi migliorarono alquanto. Intanto un esame di sangue pose in evidenza presenza di parassiti malarici di tipo tropicale ed allora una intensa terapia chininica pose termine al pauroso quadro morboso.

Passate in rivista le diverse affezioni cui avrebbe potuto far pensare la sindrome presentata dal paziente, l'A. conclude affermando che nel caso in parola si è trattato di pseudo-peritonite da paludismo.

Già da tempo sono noti nella letteratura casi di coliche addominali dovute a malaria: per lo più tali sindromi si riscontrano in individui in cui l'infezione malarica è insorta da poco tempo.

La prognosi di queste sindromi è in genere buona nonostante l'acuzie e addirittura il tragico aspetto del quadro morboso.

F. TOSTI.

Cancro della testa del pancreas: un caso curato coll'operazione radicale.

Il cancro della testa del pancreas ha due caratteristiche: da principio è una malattia locale con scarsa tendenza alle metastasi e con un sintoma appariscente precoce, l'ittero. Ciò non ostante è una delle più temibili forme di cancro anche per le difficoltà tecniche di un intervento chirurgico.

C. F. W. Illingworth (*Edimburg Medic. Journ.*, maggio 1939) descrive ampiamente un caso in cui fece l'asportazione della testa e del collo del pancreas, della maggior parte del duodeno e delle porzioni di dotti biliari e pancreatici colpiti.

Egli ritiene che le difficoltà tecniche siano state esagerate.

Dopo il successo ottenuto da Halsted nel 1898, solo altri 4 casi con successo furono descritti fino al 1935, quando Whipple e i suoi collaboratori, tenendo conto che il pericolo maggiore dell'intervento proviene dal formarsi di una fistola duodenopancreatica che porta alla distruzione della zona di sutura per opera dei fermenti, portarono importanti modificazioni alla tecnica operatoria. Precisamente fecero la sutura dei due monconi duodenali e la loro invaginazione garantendo la continuità del tubo digerente mediante una gastrodigiunostomia e, dopo aver ampiamente resecato il pancreas, suturarono il dotto con seta (perchè così non si altera la secrezione insulare, mentre la mancanza di secrezione esterna è facilmente tollerata).

L'operato dell'A. morì 43 giorni dopo l'intervento per fuoriuscita di bile dal moncone del dotto biliare comune insufficientemente suturato. Per evitare questo inconveniente l'A. propone di impiantare il moncone del dotto nello stomaco. L.

A proposito di neoplasie sviluppate sulle cicatrici operatorie.

È conosciuto da lungo tempo il fatto che i tumori possono svilupparsi sulle cicatrici, ma sopratutto su quelle che si sono formate dopo suppurazioni, fistole o in seguito a scottature. Non si hanno casi di tumori insorti su cicatrici operatorie guarite per prima intenzione. Per dimostrare come in questo campo il giudizio deve essere molto obbiettivo, Petkovitch S. (*Revue de Chirurgie*, fasc. 1°, 1939) riferisce un caso di una donna la quale, in seguito ad una grave ustione del piede, è stata amputata e la ferita chirurgica è guarita senza alcun incidente, per prima intenzione; l'amputazione ha asportato tutta la parte bruciata. Dopo un anno sul moncone d'amputazione si è formata una piaga che ha invaso la cicatrice operatoria, ribelle a qualunque cura. Una biopsia ha dato istologicamente il reperto di un epitelioma pavimentoso.

Fatta una nuova amputazione si è visto che l'epitelioma si era sviluppato a carico della cicatrice e che i tessuti vicini erano del tutto sani. Si potrebbe pensare quindi che si trattasse di un cancro nato su una cicatrice chirurgica guarita per prima intenzione; in realtà si tratta di una amputazione per una ustione e si sa che i tessuti anche vicini a quelli ustionati subiscono delle alterazioni simili. Ritiene l'A. che in conclusione non sia possibile la formazione di una neoplasia su una cicatrice formata in tessuto sano e guarita per prima intenzione. G. BENDANDI.

Ematomi e flemmoni cronici profondi della parete addominale di difficile diagnosi clinica.

G. Balice (*Rivista di Chirurgia*, dicembre 1938) accenna brevemente alla distinzione degli ematomi profondi della parete addominale in spontanei e provocati. I primi sono quelli che si formano senza causa apprezzabile o con un trauma minimo per rottura del muscolo retto addominale e dei suoi vasi, specie quando una malattia (infezione tifoidea, influenza, febbre ricorrente, ecc.) abbia preparato il terreno anatomico. In questi casi l'affezione esordisce con un dolore violento, tensione addominale, vomito, (onde gli errori di diagnosi con tutte le affezioni addominali acute) e con la comparsa di una tumefazione molle, di grandezza varia, a destra o a sinistra dalla linea mediana.

Gli ematomi provocati sono invece quelli riferibili a lesioni traumatiche, nelle quali la lesione primitiva, principale, forse unica, è quella dei vasi.

L'A. riferisce due casi di ematomi profondi della parete addominale anteriore secondari a ferita dei vasi epigastrici durante interventi di cura radicale di ernia inguinale: ne discute la patogenesi e richiama sopratutto l'attenzione del chirurgo sulla possibilità dell'errore diagnostico, potendo quest'affezione per i suoi caratteri fisici e per il suo decorso mentire un tumore maligno a rapida evoluzione. La diagnosi nei due casi osservati dall'A. fu fatta solo dopo puntura esplorativa, che diede esito a liquido sieroso fortemente ematico.

L'A. riferisce inoltre un caso di flemmone cronico ligneo del Retzius, capitato alla sua osservazione e che per i caratteri locali, per il decorso e per lo stato generale del paziente, mentiva un neoplasma maligno. Anche in questo caso solo con la puntura esplorativa che diede esito a pus ad una profondità corrispondente al Retzius, si potè confermare la diagnosi di flemmone cronico. F. JADEVAIA.

Anafilassi, narcosi e prenarcosi.

D. Donati (*Sperimentale*, aprile 1939) ha ripreso lo studio dell'azione antianafilattica della narcosi, argomento di cui si è già recentemente occupato lo Scimone, il quale spiega l'azione del narcotico ammettendo che questo richiami e fissi l'antigene in determinate sedi (negli animali narcotizzati per inalazione, l'albero respiratorio) e ne impedisca così l'azione generale. Inoltre lo Scimone aveva constatato che il narcotico esercita la sua azione protettiva sia se viene somministrato al momento dell'iniezione scatenante che al momento di quella sensibilizzatrice.

L'A. ha perciò eseguito una serie di esperimenti su gruppi di 12 cavie ciascuno: in un gruppo ha praticato in profonda narcosi eterea la iniezione sensibilizzatrice, in un altro la iniezione scatenante; inoltre in un altro gruppo ha praticato l'iniezione sensibilizzatrice ed in un altro ancora l'iniezione scatenante mentre l'animale si trovava sotto l'azione di una di quelle sostanze comunemente usate come prenarcotici (dilaudid, dilaudid scopolamina). Infine in un altro gruppo di cavie di controllo ha prodotto lo choc anafilattico senza somministrazione di anestetico o di preanestetico.

Le suddette esperienze hanno dimostrato che, nei confronti con gli animali di controllo, quelli trattati con narcosi, sia al momento dell'iniezione scatenante che della sensibilizzatrice, hanno presentato in linea di massima una minore intensità di sintomi oltre che una mortalità globale, dovuta al fatto anafilattico, nettamente inferiore. L'A. ha anche potuto rilevare negli animali narcotizzati al momento della iniezione scatenante che la intensità della narcosi aveva importanza nella comparsa e

nella intensità dei sintomi del quadro anafilattico.

Il preanestetico ha prodotto anch'esso ottimo risultato e del tutto paragonabile a quello della narcosi sia se somministrato al momento della sensibilizzazione che al momento dello scatenarsi del quadro anafilittico.

F. TOSTI.

Iniezioni intracardiache di atropina nelle sincopi da narcosi.

Le iniezioni intracardiache di adrenalina nelle sincopi provocate dalla narcosi cloroformica sono ormai praticate da parecchi anni con risultati favorevoli nella grande maggioranza dei casi. Si è trovato però che in altre forme di collasso da anestetici gli effetti sono incostanti. R. Soupault (*Presse Médicale*, 1° marzo 1939) rileva che in certi casi si può utilmente seguire il metodo preconizzato da Garreton e Pascalis che da circa otto anni hanno sostituito l'adrenalina con l'atropina, o meglio ancora adoperare l'uno e l'altro farmaco. Riporta, al riguardo, il caso di un uomo di quarantasette anni operato per ulcera gastrica perforata. Si praticò dapprima la rachianestesia, ma nel corso dell'operazione, che durò oltre il prevedibile, si dovette procedere alla narcosi. Dopo tre minuti il paziente cadde in collasso: il polso, il respiro, i movimenti cardiaci si arrestarono, la faccia diventò pallidissima (non cianotica). La respirazione artificiale, le iniezioni di caffeina e di lobelina rimasero senza effetto. Si praticò perciò un'iniezione intracardiaca di un mmg. di adrenalina seguita immediatamente da un'altra di mgm. 0,5 di atropina e da massaggio cardiaco. Dopo qualche minuto si avvertirono leggeri movimenti del cuore e dopo quindici minuti le condizioni del paziente ritornarono tali da consentire la ripresa dell'operazione senza bisogno di ulteriore anestesia. Il decorso post-operatorio fu normale e l'infermo guarì completamente. L'elettrocardiogramma eseguito sei settimane dopo non rivelò nessuna anormalità.

DR.

La trasfusione di sangue conservato nelle armate in guerra.

F. Corelli (*La Riforma Medica*, n. 17, aprile 1939) espone i notevoli vantaggi del suo metodo di conservazione del sangue con la soluzione originale Novotrans (S. A. Bracco, Milano), a base di iposolfito.

Le proprietà del Novotrans: azione antiallergica, desensibilizzante, anticoagulante, antitossica; fanno sì che essa sia nella massima percentuale dei casi (95 %) perfettamente sopportata.

La possibilità di avere a portata di mano sangue di ogni gruppo in quantità sufficiente pronto da iniettare con una tecnica quanto mai semplice (la trasfusione si riduce ad una comune iniezione endovenosa), fanno sì che questo metodo potrebbe essere di grande utilità in tempo di guerra, e l'A. lo propone per la trasfusione nelle armate, esponendo brevemente come potrebbero venire organizzati i « Centri di raccolta ».

S. F.

Influenza della trasfusione sulla quantità di sangue.

Numerose sono le ricerche fatte sugli effetti della trasfusione nell'organismo del ricevitore, ricerche riguardanti la sorte delle emazie e le modificazioni chimiche e chimico-fisiche. Scarse sono invece quelle sul comportamento della quantità di sangue del ricevitore in seguito alla trasfusione. Fra i primi che si sono occupati del problema è stato Pellegrini, che ha osservato generalmente l'aumento della quantità di sangue circolante.

Tali risultati sono stati confermati da U. Wetzel (*Klinische Wochenschr.*, 1° aprile 1939) il quale rileva che le consuete quantità di sangue trasfuse (500 cmc.) possono provocare in tal modo un certo carico del cuore e del circolo.

Ne consegue che bisogna andare prudentemente cauti nel praticare la trasfusione in malati di cuore o di circolo. Finora, però, anche nell'esperienza dell'A., non si sono osservati inconvenienti a tale riguardo, tanto più che il carico non dura a lungo e già 24 ore dopo la trasfusione, la quantità di sangue circolante si approssima ai valori normali.

fil.

PATOLOGIA

Classificazione delle affezioni reumatiche acute ed articolari di varia origine.

I tentativi di classificare le affezioni reumatiche e articolari hanno finora dato risultati poco soddisfacenti. Riesce in effetti difficile catalogare entità nosologiche a caratteri clinici, anatomici ed etiologici poco definiti, incerti e variabili. Le malattie a presunto carattere reumatico possono colpire organi e tessuti diversi, i quali per altro sono frequentemente colpiti da processi morbosi dipendenti da cause di tutt'altra natura.

Secondo Artémiev (*Acta Rheumatologica*, febbraio-marzo 1939) la seguente classificazione potrebbe mettere un po' d'ordine e chiarezza in un capitolo della patologia tanto confuso.

A. *Reumatismo acuto genuino* (*Malattia di Bouillaud*).

I. Forma cardiaca del reumatismo con o senza polisierosite ed altre lesioni viscerali:

1) Cardite reumatica; forma ambulatoria (endo-miocardite).

2) Pancardite reumatica (endo-mio-pericardite).

3) Poliartrite reumatica acuta con cardite o pancardite evidente.

4) Poliartrite reumatica acuta con cardite o pancardite silenziosa.

5) Corea con cardite o altre lesioni reumatiche bene evidenti o silenziose.

II. 1) Cardite reumatica ricorrente.

2) Poliartrite reumatica ricorrente.

III. Postumi cronici di affezioni reumatiche acute.

1) Lesioni valvolari del cuore.

2) Postumi a carico delle articolazioni e di altri organi e sistemi.

B. *Malattie articolari di varia origine (acute e croniche)*:

I. Artriti infettive ed infettivo-allergiche.

1) Lesioni infettive delle articolazioni con etiologia nota, a seguito di malattie infettive definite o di foci infetti (gonorrea, tubercolosi, sifilide, dissenteria, brucellosi, tifo esantematico, tifoide, eresipela, meningite cerebrospinale, sepsi, ecc.).

2) Lesioni articolari infettive con etiologia oscura ma clinicamente definite (malattia di Still-Chauffard).

3) Poliartrite reumatica (malattia di Bouillaud) con lesioni esclusivamente articolari.

II. Artriti croniche primitive ed artropatie.

1) Artriti progressive maligne (anchilosi, artrite deformante, ecc.).

2) Artriti benigne (sinoviti, artralgie mioartropatiche, artriti da raffreddamento, da sforzi muscolari, da posizioni forzate prolungate, ecc.

III. Artropatie di origine eso- e endogena.

1) Intossicazioni esogene (saturnismo, ecc.).

2) Endemiche (morbo di Beck).

3) Antifilattiche (malattia da siero, alimentare).

4) Avitaminosi (scorbuto, ecc.).

5) Metaboliche (artrite urica, calcica).

6) Endocrine (tireotossicosi, climaterio, ecc.).

7) Emofiliche e da altre diatesi.

8) Epifisinecrosi.

IV. Artropatie distrofiche:

1) Neurodistrofiche da lesioni del sistema nervoso centrale e periferico (tabe, siringomielia, neuriti, traumi del midollo spinale, ecc.).

2) Atrofiche (dovute ad inattività in seguito a paralisi, fasciature).

3) Angiodistrofiche (senilità morbo di Raynaud).

V. Artriti traumatiche.

C. *Lesioni di altri elementi dell'apparato locomotore*:

1) Fibrositi (morbo di Dupuytren, ecc.).

2) Miositi e miofasciti (torcicollo, lombaggine, ecc.).

3) Spondilo-artriti, spondiliti di origine infettiva (tubercolosi, sifilide, tifo, sepsi ecc.) e spondilosi e spondilo-artrosi di origine non infettiva (malattia di Bechterew, spondilosi deformante di Strümpell-Marie, ecc.).

4) Neuriti, neuralgie (sciatica, radicoliti, plessiti lombo-sacrali, ecc.) che limitano l'attività dell'apparato locomotore. DR.

MEDICINA SCIENTIFICA

La lipemia nei soggetti normali e nei cardiopazienti.

Viene studiato il tasso ematico degli acidi grassi, dei fosfatidi e della colesterina, con particolare riguardo alle varie forme di cardiopatia (mitralici, aortici, compenso, scompenso).

Nolli B. e Bologna A. (*Arch. per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio*, n. 6, 1938) hanno riscontrato che lo stato di cardiopatia non esercita nessuna azione sulla lipemia, se non in seguito a coesistenti alterazioni di altri organi. Gli scompensi del cuore sinistro non presentano alcuna variazione del tasso lipemico.

Contrariamente alle osservazioni dei precedenti AA., che tentarono di subordinare gli edemi dei cardiaci ad un alterato metabolismo dei grassi, non venne riscontrato alcun rapporto fra lipemia ed edemi circolatori.

Invece fu riscontrata netta relazione fra tasso lipemico e condizioni epatiche, nel senso che tali variazioni si avverarono soltanto nei casi che, o per scompenso in atto o per scompensi precedenti, si fosse stabilito un grado di alterata funzionalità epatica. In tali condizioni gli acidi grassi hanno dimostrato manifesta tendenza all'aumento; nessuna variazione invece i fosfatidi; notevole fu l'aumento della colesterina. Vengono svolte considerazioni sull'interpretazione dei fattori, pressochè totalmente epatici, che regolano tali variazioni.

A. BAUCE.

VARIA

L'uomo più vecchio della Jugoslavia.

Secondo documenti ufficiali, Bahtior Memetovitch, è nato nel 1808 nel villaggio di Veliki Ribar, presso il celebre campo di battaglia di Kossovo, nella Serbia meridionale; ha dunque raggiunto 131 anni. Suo padre è morto a 100 anni, mentre la madre è morta relativamente giovane. Egli si è sposato una volta sola; ebbe due maschi e tre femmine, tutti morti, meno una figlia che ora conta 96 anni. I suoi discendenti sono stati prolifici: raggiungono il numero di circa 300, fra cui alcuni nipoti di 70 anni. Bahtian lavora il suo campo, s'interessa agli affari comunali e parla di politica. Non ha alcuna delle infermità della vecchiaia, salvo che è sordo. Non ha mai fumato o fatto uso di alcool o di caffè. Ha spesso fame e mangia specialmente pane, formaggio e aglio. Gradisce i dolciumi: confetti, cioccolato. Fa ripetutamente noto, ai suoi, il desiderio che « Dio prenda la sua anima ».

(Dalla *Presse Méd.*, 28 giugno 1939).

LE PAGINE DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Eczema in generale.

Ricordi clinici. — L'eczema è la dermatosi più frequente e polimorfa. La si osserva in tutte le regioni cutanee, ed ha come caratteri principali: prurito, rossore, essudazione. Persistendo l'eczema questi caratteri acuti vengono a cessare o ad attenuarsi, specialmente l'essudazione ed il prurito, mentre la cute si infiltra, si ispessisce, desquama e talvolta si pigmenta. Queste forme che spesso sono successive o si alternano costituiscono quelle che si chiamano eczema acuto ed eczema cronico. Il passaggio dall'una all'altra forma è graduale, ed un eczema cronico può in determinate condizioni ridiventare acuto.

Gli eczemi possono essere determinati da cause molteplici. Vi può essere eczema per contatto della cute con sostanze varie, con parassiti, microbi, da luce, ecc.

Vi sono eczemi che insorgono in seguito ad ingestione di alimenti, di medicinali.

Vi sono gli eczemi che definiamo da causa interna; da cause che supponiamo, ma che in realtà il più spesso ignoriamo. Questi eczemi sono i più numerosi, ed anche i più ribelli alle cure.

Per fare una buona e completa terapia sarebbe necessario conoscere sempre le cause.

Purtroppo il più delle volte ciò non è possibile.

Terapia generale dell'eczema. — In poche dermatosi come nell'eczema viene messa a dura prova la perizia del dermatologo.

Ricercare, quando è possibile, la causa e rimuoverla. Questo è il primo consiglio.

Praticamente assai di rado riesce positiva questa ricerca.

Ricordare che le cure esterne sono sempre le più efficaci, ma non dimenticare che la cute eczematosa è in genere irritabile e che non permette alcuna sostanza che non sia calmante. L'acqua e massimamente il sapone sono per l'eczema sostanze irritanti; quindi dovendo ripulire una cute eczematosa usare olio di oliva o di mandorle.

L'eczema umido infiammato si calma con impacchi di soluzioni lievemente disinfettanti o lievemente astringenti, con cataplasmi, o con polveri. Non usare mai sostanze alcaline, solo lievemente acide.

Passato il periodo acuto ricorrere a paste o pomate semplici o con medicamenti riducenti a seconda dello stato dell'eczema stesso. Quindi paste all'acqua, paste all'ossido di zinco semplici o con ittiolo, olio di cade, catrame, ecc. In genere i medicamenti riducenti sono i migliori, atti cioè a ripristinare lo stato normale della cute. Se persistesse molto prurito ricorrere ai raggi Roentgen.

Nelle sue linee generali adunque la cura dell'eczema è molto facile. Calmare in un primo tempo, evitare tutte le cause di irritazione, quindi cercare di ricondurre con medicamenti appropriati la cute ammalata alle sue condizioni normali. Insistere in questa seconda fase della terapia anche quando l'eczema appaia guarito per dare una buona consolidazione alla cura.

Questo lo schema di cura ridotto a linee semplici: ma quante variazioni da caso a caso, da regione a regione, da stato a stato dell'eczema stesso.

Le cure interne (per bocca o per iniezioni) sono molto meno precise, perchè molto meno efficaci. Esse possono, in una certa misura, cooperare alla guarigione, ma non riescono da sole a risolvere un eczema. In questo il dermatologo dissente in genere dagli internisti, perchè la sua esperienza specifica delle dermatosi lo persuade della quasi completa inefficacia delle terapie interne nell'eczema. Quante ricerche, quante osservazioni, quanti studi si fanno e furono fatti su questo argomento, ma fin'ora con la sola conclusione pratica che la cura esterna ben condotta è la veramente utile. Le altre non sono che complementari. Ma perchè la terapia esterna riesca efficace è necessario sia ben condotta, da mano esperta, con scienza ed anche con arte.

Tra le cure interne le più in uso sono le cosidette desensibilizzanti, ritenendosi l'eczema dermatosi da sensibilizzazione. Quindi il calcio, l'iposolfito di sodio, l'autoemoterapia, ecc. Si somministreranno preparati opoterapici se si avrà motivo di pensare ad una disendocrinia; si curerà il fegato se il paziente sarà un epatico, ecc., ecc.

Al giorno d'oggi è di moda, direi, di accusare l'acido urico in quasi tutte le forme di eczema, anche quando non vi è alcun dato di fatto che possa dimostrare modificazioni del ricambio urico. Io non ricordo di aver visto mai un eczema nel quale si potesse con certezza dimostrare una tale patogenesi, e non ho visto mai guarire eczemi con le sole cure cosidette antiuricemiche. Di tratto in tratto sono di moda in medicina delle patogenesi vaghe, verbali, indefinite, che in fondo non hanno altro scopo che mascherare di fronte ai malati la nostra ignoranza.

Vi sono stati periodi in cui dominavano in dermatologia le patogenesi artritica, trofoneurotica, erpetica, ora trionfa la uricemica.

Nodulo doloroso dell'orecchio.

Ricordi clinici. — Piccoli noduli conici situati sull'elice dei padiglioni auricolari. Sono dolenti alla pressione. I pazienti ci dicono di avvertirli durante la notte quando appoggiano il capo lateralmente sul cuscino.

Terapia. — Unica terapia efficace consiste nella asportazione di questi noduli, chirurgicamente o meglio a mezzo di causticazioni termiche o elettriche.

Prof. Pier Angelo MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Divieto di vendita dello sfigmomanometro volugrafo.

Il Ministero dell'Interno ha inviato ai Prefetti del Regno la seguente circolare: « Presso varie farmacie del Regno si è constatato di recente l'impiego di un apparecchio automatico per la determinazione della pressione del sangue, denominato « Sfigmomanometro Volugrafo », posto in vendita dalla Ditta S. A. Volugrafo di Torino.

Tale apparecchio è fatto funzionare direttamente dal paziente mediante l'introduzione di una moneta da L. 5, dopo di che il meccanismo entra in funzione, segnando in apposito quadrante i dati relativi alla pressione sanguigna.

Questo Ministero, ritenuto che l'uso di tale apparecchio da parte del pubblico incompetente a giudicare la valutazione sulla pressione arteriosa possa determinare nel paziente un'errata interpretazione del proprio stato di salute e destare quindi ingiustificati allarmi, in quanto l'indice della pressione è un elemento semiologico che va posto in relazione a molteplici fattori che debbono essere solo valutati a seguito di attento esame clinico da parte del medico, e, considerato che l'impianto e il funzionamento di tali apparecchi presso le farmacie non può che agevolare l'esercizio abusivo della medicina, è venuto nella determinazione, nel superiore interesse della salute dei singoli e del prestigio della classe sanitaria, di vietare la produzione e messa in commercio degli apparecchi stessi.

Si pregano le EE. LL. di volere disporre e vigilare perchè non sia consentito ulteriormente l'uso di tali apparecchi nelle farmacie ed istituti di cura, avvertendo nel contempo che questo Ministero provvederà direttamente a diffidare la Ditta interessata perchè si astenga dal produrre e vendere gli apparecchi stessi ».

(Avemmo già a segnalare gl'inconvenienti di tali apparecchi automatici).

CONCORSI.

Posti vacanti.

CIVITAVECCHIA (Roma) vedere Roma

FERRARA. *Arcispedale Sant'Anna.* — Sette posti d'assistente med. chir.; titoli ed esami; età limite 30 a. al 17 giugno; stip. L. 4000 annue; percentuali; indennità di L. 10 e vitto nei giorni di guardia. È concesso il libero eserc. profess. Scad. ore 18 del 31 luglio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla presidenza dell'Amministraz. (corso Giovecca 203).

FOSSANO (Cuneo) vedere Savigliano.

ROMA. *Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro.* — È aperto un concorso per titoli al posto di Consulente medico generale (grado 1°) dell'I.N.F.A.I.L. Il Consulente medico generale è il capo di tutti i servizi sanitari dell'Istituto, alle dirette dipendenze del Direttore generale.

Le domande, redatte su carta da bollo da lire sei e sottoscritte dai concorrenti, dovranno essere presentate, verso rilascio di ricevuta, o fatte pervenire per mezzo della posta in piego raccomandato con ricevuta di ritorno, non oltre il 31 agosto 1939-XVII alla Direzione generale dell'I.N.F.A.I.L. (Ufficio personale), via IV Novembre 144, Roma, ove può essere richiesta copia del bando.

Età limite 35-55 anni. La retribuzione annua, aumentabile ogni triennio, è di L. 48.000 a titolo di stipendio e 4.620 a titolo di supplemento di servizio attivo, oltre la indennità di famiglia; gratificazione di L. 10.000 aumentabile secondo i risultati di bilancio e quelli del servizio prestato nell'anno precedente.

ROMA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico aiuto, dirigente il Dispensario d'igiene sociale di Civitavecchia; L. 21.600, rimborso spese di viaggi, diarie. Aiuto medico presso il Consorzio Antituberc. di Roma; stesse condizioni, ma esclusa ogni indennità di diarie. Scad. ore 12 del 21 agosto; età limite 40 a. al 10 giugno. Chiedere copia dei bandi. Rivolgersi alla Segreteria presso l'Amministrazione Prov. di Roma.

SAVIGLIANO (*Cuneo*). *Consorzio Ospedaliero fra i Comuni di Savigliano e di Fossano.* — Per titoli: posto di Chirurgo primario. Stipendio annuo lire 12.000 e 4 quinq. Per indennità di trasporto L. 4000 con obbligo di essere provvisto di automobile. Sui proventi dalle prestazioni chirurgiche, compartecipazione in ragione del 50 %. Trattenute di legge. Età massima anni 45 al 22 maggio 1939. Certificato di servizio prestato in ospedali o in cliniche od in istituti universitari in qualità di aiuto o assistente ordinario per almeno quattro anni. Scadenza 31 luglio 1939.

SIRACUSA. *Consiglio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sez. dispens. di Noto; scad. 13 sett., ore 18; L. 14.400 e 2 quinquenni dec.; età limite 40 a. Rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Istituto Prov. per l'infanzia « S. Maria della Pietà » (Istituto Prov. degli Esposti).* — Medico pediatra; scad. 15 sett., ore 18; L. 6000 e 4 quinquenni dec. Almeno 3 anni presso Brefotrofi o Clinica pediatr. o sezioni pediatriche di Ospedali.

Concorsi a premi.

Studi e ricerche sulla manna e la mannite.

Il Ministro per l'Agricoltura e per le Foreste bandisce un concorso per studi e ricerche sperimentali e cliniche intese a stabilire nuove conoscenze farmacologiche e cliniche che valgano ad ampliare il campo delle indicazioni terapeutiche della manna e della mannite naturale.

Sono ammessi al concorso: *a*) lavori farmacologici; *b*) lavori clinici; *c*) lavori farmacologici e clinici. Detti lavori devono essere inediti e possono essere opera di un medesimo autore, ovvero di più autori in collaborazione.

I lavori devono pervenire entro il 31 dicembre 1940-XIX, al Ministero, Direzione generale dei piani della produzione unitamente alla domanda di partecipazione al concorso, redatta su carta da bollo da L. 6.

I lavori presentati al concorso vengono giudicati da una apposita Commissione nominata dal Ministro per l'agricoltura e per le foreste.

Il concorso è dotato di un premio di L. 10.000. Su proposta della Commissione giudicatrice il Ministro ha la facoltà di suddividere il premio fra i due primi classificati.

Un concorso sulle Università italiane.

L'Università di Roma ha bandito il concorso al premio annuo « Prof. Massimo Piccinini » (rendita 5 % di L. 100.000) per lavori — editi o inediti — riguardanti la storia delle Università italiane o riferentisi a specifiche questioni della vita universitaria attuale.

Nel caso che nessun lavoro sia ritenuto meritevole del premio, questo sarà assegnato a persona che siasi resa benemerita della vita universitaria italiana.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla segreteria della R. Università, Roma.

Premio « Prof. Massimo Piccinini » per la medicina coloniale.

È aperto un concorso al premio istituito presso la R. Università di Roma dal gr. uff. prof. Prassitele Piccinini di Milano per onorare la memoria de defunto suo padre prof. Massimo in occasione della fondazione dell'Impero.

Il premio a concorso è di L. 4.750 nette, e sarà conferito a un medico italiano, laureato in qualunque Università del Regno, che presenti il miglior lavoro su argomento di medicina coloniale; lavoro, il quale potrà consistere anche nella dissertazione discussa all'esame di laurea.

Le domande di concorso, redatte su carta legale e indirizzate al Rettore della R. Università di Roma, dovranno essere presentate non più tardi delle ore 12 del 30 dicembre 1939-XVIII all'ufficio fondazioni e premi.

A parità di merito, sarà preferito il candidato che abbia conseguito la laurea in data più recente salvo però la facoltà di dividere l'importo del premio in parti uguali tra due concorrenti.

Se nessuno dei lavori presentati sarà ritenuto meritevole, la Commissione giudicatrice destinerà extra-concorso il premio a cittadini italiani — medici o non medici — che abbiano acquisito speciali benemerenze nel campo della medicina coloniale, oppure destinerà il premio stesso ad incoraggiare iniziative nel campo medesimo.

Chiedere copia del bando.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il sen. prof. N. Pende ha assunto la presidenza della consulenza clinica e dell'organizzazione scientifica delle Terme di Chianciano.

La « Reale Società Asiatica del Bengala » ha conferito la medaglia d'oro « Sir William Jones Memorial » al prof. F. d'Herelle, per i suoi lavori sulla profilassi e la terapia del colera mediante il batteriofago.

Su proposta della Commissione presieduta dal sen. prof. Aldo Castellani, il Rettore dell'Università di Roma prof. P. De Francisci ha conferito il premio M. Piccinini (1939-XVII) per la medicina coloniale al prof. Vittorio Cilli di Luigi, direttore dell'Istituto Zooprofilattico dell'Eritrea. Diciannove concorrenti avevano preso parte al concorso.

Il prof. Giuseppe Carabba è nominato chirurgo primario nell'Ospedale di Camerino, al posto del dott. Ettore Marsili, che lascia il posto per compiuto servizio.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Al centurione medico dott. Giuseppe Lavitola sono state conferite due medaglie di bronzo al valor militare, per atti coraggiosi di abnegazione compiuti sui campi di Spagna e per l'elevato spirito di umanità, in virtù del quale egli non ha esitato a sfidare la morte nell'adempimento del proprio dovere.

NOTIZIE DIVERSE

La salute pubblica in Italia.

Nelle ultime settimane sono state diffuse voci allarmistiche sull'esistenza di epidemie di poliomielite anteriore acuta in varie località; specialmente in zone balneari, montane e turistiche del nostro paese.

Le notizie sono infondate.

La poliomielite è una malattia che ricorre ogni anno specialmente in coincidenza della stagione estiva con manifestazioni a carattere più o meno accentuato.

Nel triennio decorso i casi furono: 2360 nel 1936; 2740 nel 1937; 1889 nel 1938. In totale in quest'anno, fino a tutto il mese di giugno, si sono avuti 1094 casi.

Le zone più colpite sono state la provincia di Arezzo, con 128 casi; quella di Bologna 110 casi; quella di Mantova con 37 casi e quella di Modena con 86 casi.

I casi rimanenti sono sparsi per altre provincie del Regno.

Non vi è dunque motivo di allarme.

È bene sapere che la maggior parte dei colpiti ha conseguito una guarigione completa e che solo una percentuale minima di essi presenta reliquati permanenti.

8° Congresso della Associazione italiana di medicina legale e delle assicurazioni.

Nei giorni 29-30 settembre e 1° ottobre 1939-XVII si svolgerà a Padova l'VIII Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

Il Congresso è organizzato dal prof. Rinaldo Pellegrini, direttore dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni della R. Università di Padova. I temi di relazione saranno i seguenti: prof. Antonio Cazzaniga: « I problemi cronologici della medicina legale »; prof. Francesco Leoncini: « Sul concetto di aggravamento in medicina legale »; prof. Cesare Gerin: « I criteri qualitativo e quantitativo nel giudizio medico-legale »; prof. Amleto Loro: « Il criterio anatomo-patologico in medicina legale ».

Mentre ci riserviamo di dare in seguito ulteriori particolari, possiamo intanto informare che sono già preannunciate molte comunicazioni e che al Congresso interverranno rappresentanze dell'Accademia Internazionale di Medicina Legale e Sociale ed insigni rappresentanti della medicina legale dei paesi stranieri.

Altri congressi e convegni.

Le Giornate internazionali di medicina sociale, organizzate a Liegi dall'Associzione belga di medicina sociale, si sono svolte dal 23 al 25 giugno, sotto la presidenza del prof. G. Timbal, di Lovanio, assistito dal prof. J. Firket, di Liegi. Vi sono state rappresentate varie nazioni: Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Olanda, Stati Uniti, Svizzera, ecc.

Il Congresso dell'Associazione francese per il progresso delle scienze è indetto a Liegi dal 17 al 22 luglio, sotto la presidenza del prof. Fabry. Sarà diviso in molte sezioni, delle quali interessano la medicina, specialmente la XII (Scienze mediche), la XIII (Elettrologia e radiologia mediche) e la XXII (Igiene e medicina pubblica). Nella Sezione medica sarà in discussione il metabolismo dell'acqua, con 3 relazioni. Per eventuali informazioni, rivolgersi alla Segreteria, rue Serpente 28, Paris.

Si è tenuta a Frosinone, il 2 luglio, la riunione della Società Romana di Chirurgia, alla quale hanno partecipato numerosi medici romani e della provincia di Frosinone.

L'VIII Congresso cubano di medicina si terrà in Avana durante il mese di dicembre; avrà carattere eminentemente pratico: i lavori consisteranno in brevi corsi di perfezionamento. Farà seguito l'assemblea annuale della Federazione medica di Cuba.

Il congresso svizzero d'igiene si è adunato in Zurigo dall'1 al 3 luglio. Insieme ha avuto luogo la riunione annuale della Società svizzera per la sanità pubblica. Segretario: dott. W. Deuchler, Ackerstein, str. 144, Zurigo 10.

Alle « Giornate di cancerologia » svoltesi dal 24 al 28 giugno in Liegi, sotto l'alto patronato di S. M. la Regina Elisabetta, il prof. Vincenzo Palumbo di Firenze ha svolto una comunicazione sul tema « Curieterapia del carcinoma del laringe ». Oltre al prof. Palumbo rappresentavano l'Italia nel Comitato d'onore, S. E. il prof. Rondoni dell'Università di Milano e il prof. Ponzio dell'Università di Torino.

Dal 3 al 6 maggio si sono svolte a Lima le « Giornate d'eugenica », sotto la presidenza del dott. Bambaren; vi hanno partecipato vari Paesi americani. Scopo di queste riunioni è il perfezionamento della razza.

La IV Conferenza mondiale dell'assistenza agli storpi si tiene a Londra dal 16 al 22 luglio. Temi in discussione: 1) l'ortopedia preventiva nei fanciulli; 2) l'insegnamento generale e professionale ai bambini storpi e collocamento di essi; 3) gli storpi nell'industria; rieducazione e collocamento di essi. Per gli atti rivolgersi alla segretaria, sig.na H. Hill, Eccleston Square 34, London S. W. 1.

Il IV Congresso rumeno della tubercolosi si è svolto dal 27 al 30 maggio, sotto la presidenza del prof. Irimescu; ha trattato il tema: La tbc. nell'ambiente rurale.

Un po' dovunque.

L'Associazione medica triestina si è adunata il 2, il 9 e il 16 giugno; sono state fatte comunicazioni, rispettivamente, da: F. Pecorarin, G. Pierguidi (due comunicazioni); da G. Osvaldella, A. Colleri, F. Pecorari (due comunicazioni); da V. Boico e G. Ravalico, E. Tagliaferro, F. Pecorari.

Dal 30 giugno all'8 luglio si è svolta la Prima settimana sanitaria napoletana, organizzata dal Comitato intersindacale sanitario della Provincia di Napoli, presieduto dal prof. A. Sorrentino, d'accordo con la Facoltà Medica. Si sono tenute 20 lezioni e conferenze, per la massima parte nella Sala Maddaloni, in parte alle Stazioni termali di Castellammare di Stabia e di Agnano, al Sanatorio Principe di Piemonte e al Reale Brefotrofio dell'Annunziata.

Con circolare del Sottosegretario di Stato alla Guerra, pubblicata nella Dispensa del « Giornale Militare » si dispone che il 1° settembre p. v. sarà iniziato presso la Scuola di Applicazione di Sanità Militare di Firenze un Corso per Allievi Ufficiali Medici di complemento, che avrà termine il 31 dicembre 1939-XVIII.

Al Corso debbono partecipare i laureati che abbiano sostenuto gli esami di Stato e che siano stati ammessi al ritardo del servizio militare.

A Messico si è iniziata la pubblicazione degli « Archivos médicos ferrocarrileros », a periodicità bimensile, destinati ai medici addetti alle ferrovie. La fondazione dell'« Ospedale Colonia », con multipli servizi generali e specializzati, fornisce ai medici ferroviari messicani l'opportunità di osservazioni cliniche complete e di ricerche scientifiche, che alimenteranno il nuovo periodico.

In occasione dell'anniversario del Mikado, la sua consorte ha elargito, pel tramite del presidente del Consiglio dei Ministri, un contributo di mezzo milione di yens all'« Opera contro la tubercolosi » del Giappone. Ella spera così di stimolare la lotta contro la peste bianca. Ha lanciato alla Nazione un messaggio, in cui chiede un'intensificazione degli sforzi contro l'allarmante flagello. Preconizza la cooperazione di tutti, sotto una direzione scientifica e sociale unica.

Il Centro di Studi della Fondazione d'Henqueville a Parigi (boulevard Montmoreney 81-85), riconosciuta d'utilità pubblica, organizza corsi annuali di eredologia, di puericoltura e di assistenza alla prima infanzia, per studenti in medicina, infermiere, assistenti sociali, levatrici, maestre dei giardini d'infanzia, madri di famiglia, signorine. Il Centro comprende un nido di bambini, un laboratorio e una biblioteca.

I medici immigrati negli Stati Uniti sono aumentati da 329 nel 1931 a 738 nel 1938. Dalla Germania e dall'Austria se ne ebbero 16 nel 1931 e 365 nel 1938. Gli israeliti sono stati 38 nel 1931 e 475 nel 1938. Nel gennaio 1939 i medici stranieri che avevano presentata domanda di esercitare negli Stati Uniti erano 1063, tra cui 534 tedeschi: di questi 245 sono stati respinti agli esami.

A Berlino si è tenuta, per la prima volta, una Esposizione di lavori artistici di medici, sotto il titolo « Il medico pittore e scultore ». Sono state esposte 140 opere selezionate.

L'« Associazione mutua dei cardiaci » di Parigi ha tenuto la sua assemblea nell'Ospedale Tenon,

sua sede sociale, sotto la presidenza del sen. Fiancette. Risultò lo sviluppo crescente dell'opera, che rende servizi numerosi ai cardiaci nella città e nella provincia: soccorsi, assistenza ai convalescenti, orientazione professionale, preparazione agli esami, apprendistato per nuovi mestieri adatti ai cardiaci.

All'Ospedale Vittoria di Barnet (Inghilterra) si sono eseguite esperienze di « camouflage », per renderlo irriconoscibile dagli aeroplani.

Due consiglieri comunali di Parigi, F. Bruneriye e H. Tirchaussé, hanno chiesto al prefetto di Polizia e al prefetto della Senna che venga disciplinata e combattuta la prostituzione maschile. A loro avviso, questo vizio verrebbe propagato in Francia da stranieri di recente nazionalizzazione.

Il governo della Bulgaria ha in progetto di regolare la distribuzione dei medici, poichè a Sofia se ne contano 800, ossia uno ogni 311 abitanti, mentre nelle campagne difettano. Verrebbero istituiti medici distrettuali.

La Società bulgara di chirurgia ha festeggiato il prof. Paraskef Stoianof, direttore della Clinica chirurgica propedeutica di Sofia, in occasione del 20° anno di professorato, coincidente col 43° anno di attività professionale.

È apparso — a cura dell'Ufficio stampa medica Italiana — un nuovo fascicolo (di pagg. 150) degli « Acta Medica Italica » intitolato: « La talassologia in Italia », nel quale è posto in rilievo quanto fino ad oggi si è fatto in Italia, sia scientificamente che praticamente, nel campo talassologico. Il fascicolo è in vendita presso l'ufficio predetto, via Vallazze 39, Milano (L. 10 a totale beneficio degli orfani dei medici morti in guerra).

Nel « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia » (n. 2) il prof. Arturo De Amicis commemora il cinquantenario della scoperta dello streptobacillo dell'ulcera molle, la quale fu annunziata dal prof. Augusto Ducrey durante il 1° Congresso internazionale medico riunito a Parigi nel 1889.

L' « Archivio Italiano delle Malattie dell'Appar. Digerente » pubblica, nel fasc. II, il resoconto del IV Convegno della Società Ital. di Gastroenterologia; esso occupa circa 100 pagine.

Il direttore generale della Sanità, prof. Petragnani, ha visitato a Bari l'attrezzatura igienico-sanitaria impiantata dalla Federazione dei Fasci di Combattimento per l'arrivo dei due scaglioni di fanciulli albanesi diretti alle colonie estive dell'Italia fascista e la colonia marina di Fesca dove sono ricoverate trecento piccole albanesi.

Il 4 luglio, festa nazionale degli Stati Uniti, si sono avuti 700 morti per infortuni, contro 595 dello scorso anno. I fuochi d'artifizio, i petardi e i colpi d'arma da fuoco erano proibiti. La forte proporzione dei morti si deve prevalentemente a infortuni stradali.

Per iniziativa dei pediatri della Clinica « Amelia de Camillis » di S. Paulo del Brasile, diretta dal dott. N. Javarone, si è fondato in questa città un « Centro Nipiologico », che coordina la sua azione con quello di Rio de Janeiro, creato dal prof. Barbosa, per un movimento nipiologico nel Brasile. Furono tenute sessioni scientifiche il 30 gennaio, il 28 febbraio ed il 30 marzo. Si è anche organizzato un corso per le madri. Alla chiusura dei lavori si è dato incarico al dott. Javarone di comunicarfe ai proff. Cacace e Barbosa la nuova affermazione della nipiologia.

Il direttore generale della sanità pubblica italiana, prof. Petragnani, si è recato in Albania per un giro ai vari capoluoghi, allo scopo di rendersi conto dei problemi sanitari albanesi.

Per iniziativa del prof. J. A. Bauzá, direttore della divisione per la prima infanzia nel Consiglio del Bambino dell'Uruguay, si sono tenute, nella Casa del Bambino di Montevideo, delle adunanze trimestrali alle quali fu dato il titolo di « Riunioni Nipiologiche ». In quest'anno la prima adunanza si è svolta il 23 marzo.

Nella R. Università di Napoli si è chiuso il secondo ciclo delle « Conferenze di Nipiologia », promosse dall'Associazione Culturale dei Liberi Docenti e dalla Società Italiana di Nipiologia. Furono tenute conferenze da 10 titolari e docenti, chiuse dal prof. L. Dominici, preside della Facoltà medica.

Il prof. Diego D'Amico prega i colleghi (oculisti e non oculisti) di volergli segnalare i casi di cheratite dei mietitori che capitassero sotto la loro osservazione durante il raccolto 1939-XVII. Indirizzare: via Farini 5, Roma.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Med. Klinik, 10 mar. — M. ERNST. Tracheotomia d'urgenza. — M. GRANHAN e J. SCHULZ.

Deut. Med. Woch., 17 mar. — V. EICKEN. Broncoscopia. — BAADER. Astestosi.

Forze San., 28 febbr. — A. SALOTTI. La medicina fascista sul problema della razza. — G. REVOLTELLA. Profilassi del cancro. — G. DI GUGLIELMO. Metodi e problemi della patol. contemp. — B. BOLDRINI, P. GAIFAMI. Denuncia degli aborti extra-uterini.

Brasil Med., 14 genn. — M. E. DE SOUZA ARANKA. Equilibrio acido basico. Metabolismo della purin., 28 genn. Id.

Rev. de Chir., mar. — DIEULAFÉ e GRIMOULD. I grossi bracci consecutivi a trattam. del cancro del seno. — RAZEMIN e DECOULX. Angiomi del fegato.

Acta Obst. et Gynec. Scand., 1. — H. AUKER. Disturbi mestruali e trattam. con ormone follicolinico. — E. SCHIE. Estraz. manuale della placenta.

Presse Méd., 15 mar. — Numero su Pasteur.

Lancet, 18 mar. — L. O'. SHAUGHNESSEY e al. Rivascolarizzazione chirurgica del cuore. — F. M. BURNET e T. JERSILD. Herpes simplex: anticorpi.

Klin. Woch., 18 mar. — E. SCHWINDEL. Lesioni cardiache post-difteriche. — J. GEISSLER. Porfiria acuta.

Min. Med., 10 mar. — E. GREPPI e B. DELLA MAGGIORE. Galattosio e glucosio nella glicoregolazione

Acta Med. Scand., I. — H. LÖFVENDOHL. Il problema della neurosi. — W. KERPPOLA. Pseudoachilia. — B. SCHOVANEE e al. Tossicità dell'acido mandelico. — P. DE MURO Aspetti clinici della giardiasi.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — R. L. CROUGH e J. K. THOMPSON. Funzioni autonome della corteccia cerebr. — P. M. LEVIN. Sindrome di paralisi vestibolare nell'uomo.

Rass. di Fisiopatol, ecc., febbr. — G. GIGLI. Il ricambio idro-salino nelle discrinie tiroidee.

Med. Klin., 17 mar. — Ginecologia.

Rif. Med., 18 mar. — C. CANTIERI. Spirochetosi ittero-em.

Brit. Med. Journ., 18 mar. — J. H. BURN. Azione dei medicinali sulla fatica muscol. — E. BIDDLE e G. F. LANGLEY. Trasfus. di sangue conservato.

Paris Méd., 18 mar. — Cancro.

Rass. Cl. Scient., 15 mar. — E. PESTALOZZA. Perizie med.-legali (pubblicaz. postuma). — A. GIORDANO. Il sist. endocrino nelle malattie renali.

Clin. Chirurg., febb. — L. BELUFFI. Allergia da catgut. — P. STEFANELLI. Chirurgia di guerra e complicazioni bronco-polmon.

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., nov.-dic. — M. VALERIO. Fenomeno di Gunn. — L. VENCO. Dacriocistorinostomia. — A. RUBINO, E. REVERDICO. Tumori endocran.

Rinasc. Med., 15 mar. W. OSTROWSKI e T. SOKOLOWSKI. Trapianto della gland. pineale. — A. GRANELLI. Diatesi essudative.

Bull. d. Sc. Med., genn.-febb. — E. FILIPPI-GABARDI. L'occlus. dell'arteria centr. della retina. — V. NERI. Compressioni della coda equina.

Haemat., II. — G. PENAETTI. Metabolismo dell'ac. ossalico ed emopatie. — F. PECORELLA. Azione emopoietica dell'acetilcolina.

Wien. klin. Woch., 24 mar. — Balneo-climatologia.

Journ. A. M. A., 4 mar. — R. ELMAN e D. O. WEINER. Alimentaz. endovenosa. — A. H. GUNDERM. Trattam. dell'ipertrofia prostat. dopo i 75 anni. — 11 mar. G. S. FOSTER, J. C. PATERSON. Strapazzo fisico. — C. I. SINGER. Migrazioni operaie sorvegliate medicalmente.

Acta Med. Scand., II-III. — A. L. TCHIJEVSKI. Trattamento delle ipertens. ematiche. — H. HECKESCHER. Neurosi cardiaca e respiratoria. — E. ASK-EDSTRÖM. Osteomalacia epatica.

Indice alfabetico per materie.

Addome acuto malarico . . . . *Pag.* 1323
Addome: parete: ematomi e flemmoni cronici profondi . . . . » 1324
Anafilassi, narcosi e prenarcosi . . » 1324
Arteria polm.: stenosi cicatriziale . . » 1321
Bibliografia . . . . » 1316
Cicatrici operatorie: neoplasie sviluppate sulle — . . . . » 1324
Dermatologia: appunti di terapia . . » 1327
Diatesi ossalica: così detta — . . . . » 1306
Epidemia da Salmonella . . . . . . » 1313
Epidemia di pioliomielite . . . . . . » 1312
Elettrocardiografia: derivazioni toraciche . . . . » 1321
Epatite allergica 1295, 1298
Ferite: trattam. a cielo aperto ed influenza delle vitamine A e D . . . . » 1321
Gotta: diagnosi . . . . » 1308
Libia: patologia nella — . . . . . . » 1322
Lipemia in soggetti normali e cardiopazienti . . . . » 1326
Organi gen. maschili est.: strappamento di pelle: plastica . . . . . . » 1303
Pancreas: cancro della testa . . . . . . *Pag.* 1323
Potassio: nuove applicazioni terapeut. » 1313
Pressione arteriosa: apparecchi automatici di misura: divieto . . . . » 1328
Pressione endocranica: uso di soluzioni anisotoniche . . . . » 1314
Reumatismi: classificazione . . . . . » 1325
Sincopi da narcosi: iniezioni intracardiache di atropina . . . . » 1325
Sindrome di A. Bernard e Horner: immagine corneale riflessa . . . . . » 1321
Sindromi addominali acute false . . . . » 1323
Sistema retic.-endot.: impregnazione del — ed infezioni sperim. . . . . » 1318
Sottomarini: vita a bordo . . . . . . » 1315
Sternomedullocultura nel tifo . . . . » 1301
Trasfusione di sangue conservato, in guerra . . . . » 1325
Trasfusione di sangue: influenza sulla quantità . . . . » 1325
Uremia: patogenesi . . . . » 1308
Vene: morfologia attraverso le età . . » 1321

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 24 Luglio 1939 - XVII Num. 30

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Fivoli: Le intolleranze ai sulfamidici.
Osservazioni cliniche: P. Orlandini: Un caso di avvelenamento da morso di serpente.
Apparecchi e strumenti nuovi: R. Martinetti: Dettagli di tecnica per la fleboclisi goccia a goccia.
Sunti e rassegne: PATOLOGIA GENERALE: Z. Friedrich: Le tesaurismosi o malattie da deposito. — H. J. Lauber: Locus minoris resistentiae. — M. Coppo e F. Magrassi: Studi sui complessi lipoproteici del siero. — SISTEMA NERVOSO: Westphal: La clinica dei disturbi circolatori cerebrali. — P. Puec: Meningiti sierose ed aracnoiditi da traumi cefalici. — Z. Drchocki: L'elettrospettografia del cervello. — T. Keller: Qualche riflessione sui « nervosi ». — ORGANI DIGERENTI: C. Bonorino Udaondo: Le reazioni gastro-intestinali della allergia. — A. Barbieri: L'indagine radiologica nell'ascaridiasi. — J. Duval: Il trattamento dei tumori retto-sigmoidei. — H. Finsterer: Trattamento chirurgico del cancro del colon sinistro e del cancro del retto alto con conservazione dello sfintere.
Divagazioni: E. Rodenwaldt: Problemi razziali nei paesi coloniali.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia di Medicina di Torino. — R. Accademia di Medicina di Genova. — Società Napoletana di Chirurgia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Cisti da echinococco del polmone rotta nei bronchi e suppurata. — Gli arsenobenzoli negli ascessi gangrenosi del polmone. — La terapia inalatoria dell'asma bronchiale. — Il modo d'azione degli espettoranti. — SEMEIOTICA: L'esame dell'acutezza uditiva. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

R. ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO OSPEDALIERO DI S. MARIA E S. GALLICANO IN ROMA

Direttore: Prof. P. A. MEINERI.

Le intolleranze ai sulfamidici.

Dott. CARLO FIVOLI, assistente.

Le intolleranze ai sulfamidici sono numerosissime nella letteratura mondiale. Noi in questo Ospedale abbiamo avuto occasione di osservarne parecchi casi, e su questi intendo riferire. È opportuno che mi soffermi su questo capitolo poichè quasi tutti gli autori hanno, chi più chi meno magnificato l'azione dei sulfamidici ed hanno accennato fugacemente ai fenomeni tossici, che possono insorgere anche secondo quanto da me è stato osservato, con dosi minime in taluni pazienti. Siccome tali fenomeni tossici possono essere in qualche caso gravi ed anche mortali, sarà bene fin da ora indagare e studiare quali sono le cause delle intolleranze, come si manifestano ed in quale modo è possibile eliminarle od impedirne la comparsa. Allo stato attuale probabilmente non sarà ancora possibile rispondere con sufficiente sicurezza e con profonda chiarezza a tali quesiti, ma in ogni modo è bene che questi siano posti, cosicchè non potrà essere difficile risolverli sia ora che in seguito.

Attualmente un gran numero di preparati sulfamidici più o meno equivalenti sono stati lanciati in commercio, cosicchè anche il medico non sa più quale preparato preferire od usare.

Riporto brevemente una nota dei preparati che sono attualmente in commercio in Italia: Prontosil rosso, Rubiazol, Streptosil De Angeli, Uliron, Septazina, Sulfanilamide Brunelli, Sulfamide Ravasini, Derganil Erba, Gombardol, Ambesid, Cocladina, Aseptil Wassermann, Elektyl ecc.

*
* *

Gli accidenti da sulfamidici si possono distinguere in varie categorie:

1) Accidenti di ordine generale; 2) Accidenti cutanei; 3) Accidenti nervosi; 4) Accidenti sanguigni; 5) Accidenti epatobiliari; 6) Accidenti renali; 7) Accidenti testicolari.

1° Accidenti di ordine generale

I disturbi di ordine generale sono i più frequenti ed i più comuni cioè: cefalea o nucale o frontale, sonnolenza, malessere generale con abbattimento, astenia lieve spesso intensa, sensazione di vertigini, dolori di stomaco, nausea, vomito, diarrea o stipsi, febbre.

Questi disturbi in gran parte del tubo digerente e nervosi scompaiono il più delle volte rapidamente con la soppressione del medicamento, però bisogna intervenire precocemente e da ciò la grande importanza della sorveglianza quotidiana di questi malati da parte del medico.

Dees e Colston, Barbeillon e Garibaldi, Bovet e Palazzoli, Tarantelli, Meineri, Beltramini, Boncinelli, Muscolino, hanno richiamato brevemente l'attenzione su questi disturbi che scompaiono più frequentemente usando piccole dosi. Si deve tener presente che questi disturbi possono essere sintomi premunitori d'intolleranze gravi e talvolta mortali, qualora si dovesse insistere sull'uso dei sulfamidici.

2° Accidenti cutanei

Sui fenomeni d'intolleranza a carico della cute hanno richiamato dapprima l'attenzione Archinard e Menville che hanno notato in quattro casi un'eruzione vescicolosa comparsa nelle parti scoperte. Doukan in 42 casi trattati ha notato in due esantemi, mentre Durel 6 casi su 103 malati; Meineri in circa 100 casi trattati ha notato due eritemi morbilliformi e Korh un esantema morbilliforme, Schomberg un esantema scarlattiforme e Neumann e Shorlit dermiti localizzate nelle parti scoperte e Demonch e Chauvillon hanno riscontrato anche delle forme di eritrodermia. Edgar Euler ha descritto recentemente un caso mortale di dermatite eritemato-bollosa con partecipazione delle mucose.

Meineri ha notato altresì un eritema orticato nelle regioni sotto orbitali comparso dopo la somministrazione di poche compresse di sulfamide e Muscolino due eruzioni eritemato-ponfoidi diffuse.

Secondo taluni autori le forme esantematiche sarebbero da riportare al tipo di eritema del 9° giorno; sarebbero quindi delle semplici eruzioni biotropiche.

3° Accidenti nervosi.

Tra le forme a carico del sistema nervoso Annard e De Lille riportano un caso di stato comatoso, Garibaldi ha osservato un caso di allucinazioni uditive. Bucy ha riscontrato una neurite ottica in una ragazza affetta da osteomielite e così pure Truffi una ambliopia per neurite, mentre Flarer ha avuto due amaurosi durate 12 ore. Janet e Hullstrunge Kraus polineuriti motorie, Hogan B. e Mc. Namara P. una psicosi tossica e Boncinelli una nevrosi del tipo maniaco. Tra queste complicanze, a parte il caso comatoso, una forma che deve richiamare l'attenzione è la poli-neurite: questa forma nervosa tossica è molto seria e richiede cure lunghe che mettono a dura prova la pazienza del malato.

Hoffmann dopo circa 50 gr. di sulfamidici ha notato lesione del nervo tibiale e peroneo con paralisi delle gambe e lo stesso ha notato Schweuss, mentre Löche 4 casi di paralisi; Boncinelli forti dolori agli arti e al tronco. Tietze ha osservato paralisi periferiche dopo il trattamento sulfamidico e Hullstrung e Kraus in un caso paralisi della muscolatura innervata dal peroneo. Recentemente io ho notato in un paziente che aveva preso spontaneamente 7 tubi di Uliron una polineurite motoria (forma paraplegica), si trattava di un giovane di 18 anni.

Hullstrung e Kraus con esperienze sui piccioni hanno concluso che non si tratterebbe di una intossicazione in senso generico, ma di un'azione elettiva sull'apparato neuro-muscolare degli animali.

4° Accidenti sanguigni.

A questo gruppo appartengono gli accidenti più gravi e talora mortali e su cui gli autori hanno giustamente richiamato l'attenzione e ciò era da prevedersi data la presenza del nucleo benzenico dei sulfamidici e data la parentela di questi con le aniline.

Tra le prime manifestazioni tossiche si deve notare la cianosi delle labbra e delle unghie, dovuta a metemoglobinemia e sulfoemoglobinemia: però mentre la prima scompare dopo 24 ore la cessazione del medicamento, la seconda invece può persistere fino a 6 settimane. La sulfoemoglobinemia è solamente dovuta alla contemporanea ingestione di solfato di sodio e di magnesia e ne sono stati osservati numerosi casi: Garibaldi ecc.

Paton e Eaton ne hanno osservato un caso in cui il paziente non aveva ingerito solfati ed hanno interpetrato il fatto come dovuto alla presenza di zolfo nell'intestino. Gley interpetra queste turbe molto frequenti negli anglosassoni, come dovute alla notevole quantità di zolfo fermentiscibile contenuto nei loro alimenti.

Inoltre i sulfamidici possono provocare l'acidosi e diminuzione della riserva alcalina del plasma come hanno riferito Southwvit, Dees e Colston, e Cokkins ecc.

A tale gruppo appartengono inoltre le alterazioni emocitologiche che spesso assumono una forma grave ed allarmante.

Tra le prime turbe che sono dovute come è logico supporre ad alterazioni degli organi emopoietici (Garibaldi, Barbeillon, Lavenante, Boncinelli, Muscolino, Gardenghi) dobbiamo menzionare la leucopenia con apparizione di forme immature; diminuzione di globuli rossi

e del tasso emoglobinico. Taluni autori specie in Francia hanno ritenuto opportuno descrivere anche una speciale « facies sulfamidica » (pallore del volto, occhi infossati, naso affilato, ecc.).

Kohr ha descritto tre casi di anemia del tipo emolitico, mentre Harvey e Jannawaj un caso di anemia.

Tra gli accidenti molto gravi e più temibili e fortunatamente rari è da menzionare l'agranulocitosi. Berge S. e Holtzman M. O' Connell hanno pubblicato delle osservazioni di pazienti con agranulocitosi a decorso infausto e così pure Schwotz W. e Gavin C.: in questi casi si stabilì una leucopenia in 3 giorni con completa scomparsa dei poli-nucleari. Yonvey descrive un paziente che aveva preso per 18 giorni 3 grammi al giorno di sulfamidici ed aveva preso contemporaneamente barbiturici ed era in seguito morto.

Altri casi sono descritti da Borat e da Tourraine Durel e Boduin Modet, ecc. Non mi sembra inopportuno riferire che i 61 casi di morte avutisi negli Stati Uniti nell'ottobre 1937 erano dovuti non ai preparati sulfamidici, ma ad un elixir di sulfamide, contenente il 15 % di acqua, il 10 % di sulfamide e il 75 % di dietilen-glicocolla: questa sostanza era la causa dell'avvelenamento e quindi della morte.

Ritengo opportuno riportare alcuni casi di morte osservatisi in questi ultimi tempi in Francia e credo che questa cifra non sarà completa, perchè altri casi per varie ragioni non sono stati divulgati.

Restoneise M. nella seduta della Società francese di Urologia dell'11 luglio 1938 ha riportato un caso di morte improvvisa sopravvenuto dopo 8 giorni di trattamento con Septoplix in un giovane di 28 anni con antecedenti patologici negativi. Tale paziente aveva preso complessivamente circa 24 gr. di preparato e durante il trattamento aveva avuto cefalea modica intermittente e astenia e lieve cianosi: a tali disturbi non venne attribuita soverchia importanza.

Abrami di Parigi ha riportato due casi di morte (tesi di Bassir): si trattava di due fratelli che avevano fatto una cura di sulfamide e che avevano presentato una agranulocitosi con porpora intensa ed eritropenia notevole (un milione e mezzo di emazie).

Aclair ha riportato un caso di agranulocitosi. Janet in un suo studio recente sulle indicazioni e sui pericoli dei sulfamidici ha potuto elencare 16 casi di morte dovuti sicuramente ad ingestione di sulfamidi sia in Francia che all'estero; inoltre 3 casi di ictus, cosicchè sarebbero 19, una cifra veramente impressionante. Tali gravi risultati ci devono far riflettere come sia necessario essere cauti ed oculati nella somministrazione dei sulfamidici, ed ai primi sintomi d'intolleranza sia necessario effettuare subito le ricerche ematologiche per verificare lo stato del sangue e quindi la tolleranza al medicamento onde evitare irreparabili conseguenze.

5° Accidenti epatobiliari.

Le intolleranze epatiche sono tra le più frequenti durante il trattamento sulfamidico e la letteratura ne registra un'infinità di casi, tanto è vero che taluni autori hanno in seguito a ciò consigliato di ricercare nelle urine quotidianamente l'urobilina durante tutto il trattamento sulfamidico. Janet, Bende e Palazzoli, Gouverner, Motz, Tommasi, Tarantelli, Gardenghi, ecc. hanno riscontrati numerosi casi d'ittero e urobilinuria: Meineri nell'ultimo congresso nazionale ha riferito su tre casi d'ittero da lui osservati in pazienti sottoposti a cure sulfamidiche.

Hawvey e Yeaneway hanno inoltre riscontrato una diminuzione della permeabilità epatica durante il trattamento con sulfamidici.

Ben sapendo quale enorme importanza ha il fegato nell'economia dell'organismo è necessario ricercare sistematicamente i segni di una eventuale insufficienza epatica, onde sospendere subito all'inizio l'uso del medicamento.

6° Accidenti renali.

I vari autori non sono completamente d'accordo sull'azione e sulla tolleranza dei preparati sulfamidici da parte dell'apparato renale.

Frequentissima ad osservarsi è la fosfaturia che compare subito all'inizio dell'ingestione del medicamento e non pare gli si debba attribuire una grande importanza. Secondo le ricerche di Andebert la fosfaturia è apparente e dovuta ad aumento del Ph. Durante l'ingestione dei sulfamidici la fosfaturia è normale e tende verso l'ipofosfaturia, questa secondo Labbé sarebbe legata alla fosfaturia apparente. De Maria in esperienze effettuate in pazienti affetti da glomerulonefrite acuta ha notato effetti terapeutici buoni. Lemerie, Laporte, Laudat, ecc. hanno riscontrato un'innocuità dei sulfamidi sull'apparato renale; come anche Meyer, Heine e Huguenine hanno visto in certi pazienti con eresipela scomparire l'albuminuria fin dall'inizio della cura.

Marzhall ha osservato che nei renali la concentrazione sanguigna massima è raggiunta facilmente con dosi minime di sulfamidici, probabilmente per difetto di eliminazione. Infatti Löche, Witby, Barbeillon, Bouchard, Garibaldi, hanno notato un'azione lesiva a carico dell'epitelio renale. Bouchard ha inoltre segnalato un aumento della costante, una diminuzione della eliminazione della fenolftaleina e dei casi di cilindruria. Queste osservazioni sono state confermate in uno accurato lavoro del Garibaldi. Motz stesso mi riferiva

qualche mese fa di aver notato due casi di glomerulo-nefrite-emorragica.

Tali reperti così contrastanti mi fanno ritenere che l'apparato renale, non rimanga completamente indifferente all'uso del medicamento specie se prolungato, e sicuramente in quei pazienti che presentano lesioni minime o lievissime.

7° ACCIDENTI TESTICOLARI.

Di notevole importanza è l'azione inibitrice sulla spermatogenesi riscontrata da taluni autori in seguito all'uso di composti sulfamidici.

Motz Ch. e A. Jaubert eseguirono per primi esami sistematici dello sperma in 23 soggetti sottoposti a terapia a base di derivati organici dello zolfo e riscontrarono sempre una diminuizione sia nel numero che della motilità degli spermatozoi e in qualche caso anche azoospermia.

In seguito a questi risultati Palazzoli, Nitti, Bovet e Lewinson eseguirono delle ricerche sperimentali nel coniglio e non riscontrarono alcuna differenza istologica nei testicoli di uno stesso animale asportato prima e dopo la somministrazione prolungata di forti dosi di paramino-fenilsulfamide. Ratti e conigli trattati intensamente con sulfamidici rimasero fecondi. Levaditi e Weissmann non hanno in alcuna esperienza rilevato azione azoospermica presso il coniglio ed il topo adulti però nel topo non ancora adulto, due dei tre preparati usati hanno prodotto arresto della secrezione spermatica coincidenti coll'arresto della crescenza dell'animale.

Milian d'altronde ha considerato senza alcun valore reale le ricerche di Jaubert e Motz, poichè non erano state effettuate ricerche di controllo prima di iniziare il trattamento. Barbeillon P. e F. Torres in seguito a ciò iniziarono nuove ricerche comparative che hanno confermato in pieno le ricerche effettuate da Jaubert e Motz, e cioè hanno trovato nei soggetti sottoposti a cure sulfamidiche una diminuzione del numero degli spermatozoi (diminuzione di più della metà del numero totale) nel 60 % dei soggetti trattati, inoltre la motilità degli spermi era sovente diminuita e il numero delle forme immobili notevolmente accresciuto e presenza di forme anormali.

Turbe sulla spermatogenesi era possibile riscontrarle altresì anche per lievi dosi di sulfamidi e che si attenuavano subito dopo l'eliminazione del medicamento. I disturbi della spermatogenesi permanevano in genere dalle 3 alle 5 settimane dopo la sospensione del medicamento.

In Italia sono state effettuate in questi ultimi tempi anche delle ricerche e Gardenghi l'ha effettuate in una quindicina di malati ed in 4 casi avrebbe riscontrato una diminuzione del numero e della motilità; e cioè la vitalità degli spermatozoi sarebbe inferiore alla norma.

Inoltre avrebbe notato che la spermatogenesi rimane immodificata attenendosi a dosi moderate di sulfamidici. Egli ritiene che i sulfamidici possono esercitare un'azione tossica diretta ed una indiretta sulla ipofisi (disfunzione dell'attività gonodotropa). Muscolino in alcune ricerche effettuate ha notato che i sulfamidici esercitano sulla spermatogenesi delle turbe (diminuzione del numero e della motilità) lievi e transitorie in taluni pazienti. Sebbene le ricerche effettuate abbiano messo in evidenza che non esistono lesioni istologiche a carico delle cellule germinali negli animali da esperimento, tuttavia rimane assodato il fatto che i sulfamidici in taluni pazienti possono esercitare un'azione inibitrice sulla spermatogenesi.

Questo argomento ha bisogno ancora di studi e di ricerche e ciò anche riguardo l'ovulazione femminile, sebbene taluni autori non abbiano notato alcun disturbo a carico della mestruazione.

È necessario quindi effettuare più ampie e profonde ricerche a fine di lumeggiare con sufficente chiarezza questo capitolo che ha una grande importanza per il problema demografico, che sta tanto a cuore al Governo Fascista.

CASISTICA PERSONALE

Esposta così la letteratura nel modo più completo che mi è stato possibile, vengo ora a parlare dei casi d'intolleranza ai sulfamidici da me osservati in questo ospedale elencandoli in capitoli corrispondenti alla classificazione generale da noi fatta.

1° INTOLLERANZE CUTANEE.

CASO I. — *Eritema orticato.* B. R., di anni 23, impiegato, celibe, ha contratto infezione blenorragica da 15 giorni (esame m.: gono +++) ha iniziato lavaggi di acikal da 5 giorni; anamnesi remota negativa per malattie epatorenali. Si prescrive un preparato di parasuccinlaminofenilsulfamide sodica. Ne prende due tubi da 20 compresse. Durante il trattamento ha notato senso di pesantezza allo stomaco per cui è stato somministrato un purgante oleoso. Dopo 4 giorni di riposo nuovo ciclo di cura; al nono giorno improvvisamente di notte ha avvertito un senso di calore in tutto il corpo unito a prurito che gli impediva di dormire. Visitato all'ambulatorio la mattina seguente si notano parecchie chiazze di eritema orticato sia sugli arti sul collo e sul tronco. Quelle degli arti sono più estese in superfice e talune confluenti. Si sospende il preparato e si somministra un purgante oleoso, si dà calcio ed adrenalina per os; l'orticaria scompare in 48 ore.

Azotemia gr. 0,35. Colesterinemia gr. 2,28 per mille. Globuli bianchi 6600; globuli rossi 4 milioni 800.000. Poli-neutrofili 83, eosinofili 3 %, linfociti 4, monociti 7, metamielociti neutrofili 3 %.

CASO II. — *Eritema morbilliforme.* B. G. di anni 29 agente celibe. Ha contratto infezione blenorragica un mese fa e si è curato con lavaggi totali di permanganato alla Janet e con balsamici.

Presenta all'esame microscopico abbondante gonococco. Inizia cura di Paraminobenzolsulfamide. All'ottava compressa comincia ad avvertire senso di malessere generale cefalea a tipo nucale. Alla 9° compressa improvvisamente nelle ore pomeridiane viene colpito da brivido intenso seguito da febbre elevata che in poche ore ha raggiunto 40 gradi e subito dopo gli compare un esantema morbilliforme intenso al volto, collo, tronco e arti superiori. La febbre scompare con abbondante sudorazione dopo 36 ore. Si somministra cloruro di calcio ed adrenalina e l'esantema si attenua dopo 48 ore fino scomparire dopo 72 ore.

Azotemia gr. 0,42 per mille. Colesterinemia gr. 1,90 per mille. Globuli bianchi 6000, globuli rossi 4.650.000. Hb. 82 %. Valore globulare 88 %; polinucleari neutrofili 57 %; eosinofili 5 %; monociti 11 %; linfociti 24 %; met. neutrofili 3.

COMMENTO. — Queste due osservazioni riguardano pazienti affetti da blenorragia che presentavano, ad onta delle cure locali, abbondante gonococco.

Nel 1° caso ho notato dopo 15 grammi di sulfamidici un eritema orticato; precedentemente aveva sofferto di lievi disturbi di stomaco, (senso di pesantezza) e non tali da consigliare una sospensione del trattamento.

Nel secondo caso invece è comparso dopo pochi grammi di sulfamide un tipico esantemorbilliforme con febbre reattiva intensa sui 40 gradi. Aveva accusato cefalea a tipo nucale ed astenia. Tali disturbi non sembravano dovessero essere dei podromi d'un improvvisa intolleranza, che ha esploso improvvisamente. L'esantema è scomparso con le cure dianzi esposte, dopo 72 ore.

I casi d'intolleranza a carico dell'apparato cutaneo o tegumentario sono piuttosto numerosi; gli autori francesi citano una percentuale del 7 o 8 % dei casi trattati e pare che gli autori siano d'accordo su questa cifra.

Meineri ne ha osservato due casi con eruzioni prevalentemente nelle parti scoperte a tipo morbilliforme in soggetti che erano stati esposti per più ore al sole, cosicchè si poteva attribuire ciò ad un'azione fotosensibilizzatrice. Altri casi ne hanno riscontrato Orr. Tarantelli, Löhe e Gultz e riportano una percentuale molto elevata.

Gli eritemi scarlattiniforme e morbilliforme da taluni autori sono stati riportati agli esantemi del 9 % giorno che si hanno nel trattamento degli arsenobenzoli (reazione biotropica); hanno in genere breve durata e scompaiono con la sospensione del medicamento, sono accompagnati spesso da febbre e fenomeni generali, vomito, ecc. e anche albuminuria. L'eruzione a tipo orticaria e ponfoide è stata descritta da Salvin, Orr e Truffi, ecc. Boncinelli riporta un caso insorto in una donna due giorni dopo la sospensione della cura e cioè un eruzione eritematoponfoide figurata nel tronco e braccia con lieve edema della faccia.

Manganotti in una bimba di 3 anni in cui si erano prescritte due compresse di streptosil dopo il primo giorno, ha notato un eruzione eritemato-ponfoide generalizzata, che è persistita per 4 giorni, e che è ricomparsa dopo 10 giorni coll'ingestione di mezza compressa di streptosil (15 centigr).

Taluni autori (Schomberg, ecc.) hanno notato altresì fatti emorragici a tipo purpurico. Euler ha descritto un caso in cui in seguito ad una dermatite eritemato-bollosa una malata è venuta a morte, l'autore ha attribuito il decesso ad una particolare sensibilità al preparato sulfamidico (Uliron).

Tali intolleranze, sebbene di breve durata, esercitano sul malato una notevole impressione, e vanno bene vagliate e considerate, poichè rappresentano uno stato tossico dell'organismo che si manifesta come nelle nostre due osservazioni repentinamente.

È necessario quindi che il sanitario eserciti un'accurata vigilanza verso l'apparato cutaneo nei pazienti sottoposti a cure sulfamidiche.

2° INTOLLERANZE NERVOSE

CASO I. — *Poli-neurite, forma monoplegica.* O. P., usciere, di anni 26. Ha contratto infezione blenorragica e si è curato saltuariamente con schizetti di permanganato di potassio. Ha iniziato il trattamento con paraminofenilsulfamide ed ne ha preso complessivamente 5 tubi (gr. 30). Fin dal 3° tubo ha incominciato ad avvertire dolori accessionali agli arti inferiori prevalentemente nelle masse muscolari delle gambe. Tali dolori fugaci accentuatesi nelle ore notturne sono andati gradatamente aumentando e da una settimana ha avvertito una iperestesia cutanea. In seguito a ciò 9 giorni fa ha sospeso volontariamente lo Streptosil ed ha preso salicitato di sodio senza giovamento. Improvvisamente stamane alzandosi ha notato una difficoltà di deambulazione della gamba sinistra che era costretto a trascinarla.

Visitato all'ambulatorio è stata notata uretrite e modica prostatite (gonococco tuttora presente). I punti di emergenza dei nervi delle gambe e dei piedi dolenti alla palpazione e così pure la muscolatura delle gambe; paralisi del peroneo sinistro; riflesso achilleo sinistro indebolito.

Azotemia gr. 47 per mille; colesterinemia gr. 2,20 per mille; globuli bianchi 4400; globuli rossi 4.700.000; Hb. 76. Pol. neutrof. 74 %, eosinofili 1, monociti 10, linfociti 14, met. neutrof. 1. Esame delle urine qualitativo e quantitativo, nulla di notevole.

Si inizia la cura locale ed iniezioni di vaccino che non esercitano alcun miglioramento sui dolori e sulla paralisi. Si inizia allora la cura a base di vitamina B (Betaxin bl); tale trattamento fa scomparire i dolori e la paralisi dopo due mesi di cura.

COMMENTO. — Il caso dianzi riportato riguarda un paziente che aveva contratto infezione blenorragica e si era curato saltuariamente con schizzetti di permanganato, poi

aveva iniziato una cura a base di paraminofenilsulfamide. In seguito a tale trattamento, preceduto da fenomeni dolorosi delle masse muscolari degli arti inferiori, era insorta una polineurite con paresi del peroneo sinistro (forma monoplegica). Data la presenza del gonococco nel secreto uretrale e di una lieve prostatite, unitamente alla cura locale viene attuata vaccino-terapia che ha una scarsa influenza sui fenomeni dolorosi.

La paralisi del peroneo sinistro ed i dolori sono scomparsi totalmente dopo due mesi in seguito ad iniezioni quotidiane di vitamina B.

Sarà bene aggiungere che questo caso fu da me osservato appena all'inizio delle cure sulfamidiche, infatti si era alla fine del dicembre 1937 tanto è vero che in un primo tempo si pensò ad una lesione da gonococcico, che venne in seguito esclusa sia per la non efficacia del vaccino e della cura locale, sia per la persistenza della lesione dopo guarita la blenorragia.

La letteratura registra ora numerose osservazioni e tutti sono concordi nel raccomandare in queste speciali forme i preparati di vitamina B che veramente sono efficaci. A tal uopo sarà opportuno aggiungere le altre cure che comunemente vengono effettuate nelle forme di poli-neurite d'origine tossica (massaggi, preparati stricnici, applicazioni elettriche).

Riporto brevemente quanto la letteratura ci ha mostrato: Hoffmann ha notato un caso di paralisi del tibiale e del peroneo dopo 50 gr. di sulfamidi; altri casi sono stati notati da Löhe, Schreuss, Janet, Tietze, Kraus-Stumph, ne ha osservati due casi dovuti a l'uliron; secondo questo autore è più seria nella donna che nell'uomo.

La polineurite è una complicazione nervosa dei sulfamidi la più insidiosa, perchè compare 10 o 15 o 20 giorni dopo la somministrazione del medicamento; in tale periodo il paziente avverte solamente dei dolori saltuari nelle regioni che verrano colpite. Può persistere parecchio tempo che in genere va da un minimo di un mese a un massimo di 6 mesi.

CASO II. — *Neurite ottica da paraminofenilsulfamide.* B. R., di anni 23, elettricista, coniugato, ha contratto infezione blenorragica per coito-estra, 15 giorni fa ed ha iniziato dopo tre giorni le cure locali con lavaggi uretro-vescicali di permanganato di potassio alla Janet. Dopo 12 lavaggi la secrezione persisteva abbondante e vi si notavano numerosi gruppi di diplococchi di Neisser. Le urine si presentavano torbite totali. Si ritiene opportuno di somministrare al paziente un preparato di para-amino-fenil-sulfamide. Il primo giorno il paziente prende 6 compresse, due dopo ogni pasto. Alla seconda somministrazione ha avvertito un senso di pesantezza di stomaco e la sera si è unito un senso di stanchezza e di malessere generale.

La mattina seguente si è svegliato con cefalea tipo nucale continua. Ha preso ancora 4 compresse, poi i disturbi dianzi menzionati si sono accentuati, cosicchè ha sospeso volontariamente il preparato, dopo aver preso complessivamente 10 compresse. La mattina del 3° giorno appena levatosi ha avvertito una notevole diminuizione della vista: egli era in grado di vedere solamente l'ombra delle persone. Presentatosi all'ambulatorio lo faccio visitare dall'oculista il quale riscontra:

Pupilla in lieve midriasi, con reazioni presenti ma alquanto torpite. Mezzi diotrici normalmente trasparenti. All'esame oftalmoscopico si nota in OO: pupille di colorito rosso fosco, edematose, con margini sfumati e non ben definiti; vene turgide, i vasi che fuoriescono dalla pupilla, specie le vene, sono avvolti in un alone sottile di perivasculite, di colorito grigiastro. Sul resto della retina nulla di particolare. La refrazione è miopica. Il visus in OD è 1/10 e con correzione con lente sferica 5 raggiunge gli 8/10 scarsi: col forame stenopeico peggiora.

Il punto prossimo è indeterminabile; perchè il P. legge a stento i caratteri più grossi e non decifra quelli piccoli. L'OS. è ambliopico per una pregressa folgorazione e non è quindi possibile determinare il visus. Non è stato possibile praticare l'esame del campo visivo.

Un esame emocromocitometrico dà un esito pressochè normale; e cioè globuli rossi 4.800.000; globuli bianchi 7600. Pol. neutr. 85 %; Eosinofili 1 %; linfociti 4 %; monociti 7 %; mielociti 3 %. Azotemia gr. 0,35 %. Colesterinemia gr. 1,28 per mille. Il paziente ha trovato un notevole giovamento dall'applicazione di un paio di lenti che gli hanno permesso di distinguere le persone. L'ambliopia è persistita immodificata per 5 giorni. Al 6° giorno ha notato un lieve miglioramento. Il visus è tornato normale dopo 8 giorni. Un nuovo esame praticato dall'oculista dopo 15 giorni dà il seguente risultato: la pupilla si presenta rotonda di media ampiezza e reagisce prontamente ai diversi stimoli. Il fondo è normale: è completamente scomparso il quadro della neurite ottica e la pupilla ha riacquistato il suo aspetto fisiologico. I margini sono netti e ben distinti ed i vasi hanno calibri e decorsi normali; è scomparso pure l'alone di perivasculite. La refrazione emmetropica. Il visus è uguale 10/10 in OD. ed il punto prossimo è a 30 cm. per la lettura dei caratteri più piccoli degli ottotipi.

COMMENTO. — Il caso dianzi descritto riguarda un paziente affetto da blenorragia il quale dopo pochi grammi di paraminofenilsulfamide (5 gr.) è stato colpito da una forma di neurite. Subito dopo la somministrazione del preparato sulfamidico ha notato disturbi di carattere generale e cefalea nucale continua, ma non tali da consigliare una sospensione pronta del medicamento. A dir vero l'intolleranza è stata talmente repentina che il paziente non ha ritenuto opportuno interpellare il sanitario e lo ha fatto solo con la comparsa della impressionante ambliopia di grado elevato.

Devo anzitutto escludere che tale neurite possa essere di natura gonococcica sia per l'assenza d'una gonococcemia e di altri fenomeni generali, e poi perchè è sopravvenuta in

seguito a somministrazione d'un preparato di paraminofenilsulfamide. Il primo autore che ne ha riferito un caso è stato Bucy: si trattava di una ragazza che unitamente ai preparati sulfamidici aveva preso anche del solfato di ferro ed era inoltre affetta da osteomielite. In Italia altre intolleranze a carico del nervo ottico sono state notate da Flarer che ha riscontrato in due pazienti amaurosi durata 12 ore; e lo stesso Truffi in un suo caso.

Nella mia osservazione il paziente si era attenuto scrupolosamente alle prescrizioni ricevute, cosicchè devo ascrivere questa intolleranza del nervo ottico ad una particolare sensibilità dell'individuo.

Infatti sono bastati pochi grammi di sulfamide per provocare una tipica neurite fortunatamente risolta senza lasciare traccie dopo 8 giorni.

3° INTOLLERANZE EPATOBILIARI.

CASO I. — *Ittero.* S. R., di anni 36, manovale, coniugato; ha avuto blenorragie ripetute da 21 anni. Non precedenti epatorenali, ha contratto infezione blenorragica da un mese. (Es. m. secrezione uretrale, gono +++).

Ricoverato in ospedale per epididimide acuta destra ha praticato 11 endovenose di streptosil, ed ha preso contemporaneamente 6 compresse di para-mino-fenil-sulfamide al giorno. Dimesso dopo 22 giorni ha seguitato a prendere per suo conto 8 compresse al giorno. Dopo 20 giorni si presenta all'ambulatorio dichiarando di aver preso 108 compresse di para-mino-fenil-sulfamide ed accusando mal di stomaco, nausea, inappetenza, cefalea intensa ed abbattimento. Le urine emesse erano intensamente colorate; l'esame qualitativo ha messo in evidenza la presenza di pigmenti biliari, notevole quantità di urobilina, e combinazioni glucuroniche. I pigmenti biliari sono scomparsi dopo una settimana; l'urobilina è persistita per ben 45 giorni. I disturbi subiettivi sono scomparsi dopo 15 giorni, mentre la cefalea e sensazione di testa vuota è persistita per due mesi.

Azotemia, gr. 0,56 per mille; colesterinemia, gr. 1,60 per mille; globuli bianchi 4200; formula leucocitaria neutropenia.

CASO II. — *Ittero.* A. R., di anni 25, muratore, celibe, non precedenti epato-renali. Ha contratto infezione blenorragica da 10 giorni. (Es. m. secrezione uretrale gono +++). Spontaneamente ha preso 30 compresse di paraminofenilsulfamide, 6 al giorno. Si presenta all'ambulatorio accusando astenia, abbattimento, pesantezza di stomaco, ripugnanza per i cibi carnei; le urine appaiono intensamente colorate. All'esame qualitativo si riscontra piccola quantità di pigmenti biliari, notevole quantità di urobilina e combinazioni glucuroniche. I pigmenti biliari sono scomparsi dopo qualche giorno, l'urobilina dopo 20 giorni.

Azotemia, gr. 0,46 per mille; coleresterinemia 1,90 per mille; globuli bianchi 4800; globuli rossi 4.800.000; poli-nucleari neutrofili 59 %; eosinofili 1 %; linfociti 27 %; monociti 13 %.

CASO III. — *Ittero.* F. R., di anni 26, celibe, impiegato; non precedenti epato-renali. Ha contratto infezione blenorragica per la prima volta da 3 settimane e si è curato quotidianamente con lavaggi totali di permanganato di potassio alla Janet. Ha preso per 10 giorni con intervallo di 4 giorni 2 compresse due volte al giorno di 4 (4' aminobenzolsulfonamide) — benzolsulfon-dimetilamide. Complessivamente ha preso 20 gr. Subito dopo cessata la cura ha notato notevole astenia e nausea e inappetenza ostinata. Visitato all'ambulatorio gli si riscontra subittero delle sclere, le urine emesse appaiono intensamente colorate; l'esame qualitativo delle urine ha messo in evidenza la presenza di pigmenti biliari e notevole quantità di urobilina. Nulla di notevole all'esame quantitativo.

Azotemia, 0,48 per mille; colesterinemia gr. 3,20 per mille; globuli bianchi 5100; globuli rossi 4.900.000; Hb 79; poli-nucleari neutrofili 78; eosinofili 1; monociti 6; linfociti 13; metamielociti neutrofili 2.

CASO IV. — *Urobilinuria.* C. M., di anni 32, meccanico, non precedenti epatorenali. Ha contratto uretrite da 15 giorni. Esame essudato uretrale: poli nucleali +++, epiteli rotondi +, flora banale (+++).

Ha praticato lavaggi totali di ossicianuro. Da 3 giorni ha preso 4 compresse di benzilaminobenzol-sulfamide.

Fin dal secondo giorno ha accusato astenia, abbattimento e perdita della memoria (testa vuota). Questi disturbi si sono notevolmente accresciuti fin dal 5° giorno, cosicchè ha sospeso spontaneamente il preparato. Visitato all'ambulatorio le urine si presentavano di colore giallo scuro. Praticato un esame qualitativo si mette in evidenza notevole quantità di urobilina. L'urobilina persiste per 15 giorni, mentre i disturbi subiettivi durano complessivamente 4 settimane.

Azotemia, gr. 42 per mille; colesterinemia, gr. 2,50 per mille; globuli bianchi 6200; globuli rossi 5.000.000; poli-nucleari neutrofili 75; linfociti 15; monociti 10.

CASO V. — *Urobilinuria.* C. M., di anni 21, studente, celibe; non precedenti epatorenali. Ha contratto infezione blenorragica 4 settimane fa e si è curato con schizzetti di Targesin e balsamici fino a 3 giorni fa. (Es. m. della secrezione uretrale gono +++). Inizia lavaggi totali di permanganato alla Janet e prende 4 compresse di paramino-benzolsulfamide per i primi 4 giorni, poi passa a 3 al 5° giorno. Dopo aver preso 30 compresse di talc preparato si presenta all'ambulatorio accusando pesantezza di stomaco, inappetenza e notevole grado di astenia (dice di non reggersi in piedi).

Le urine emesse si presentano di colorito giallo scuro; ad un esame qualitativo si mette in evidenza notevole quantità di urobilina. L'urobilinuria persiste intensa per una settimana e così pure l'astenia. Controllata quotidianamente l'urobilina è scomparsa dopo 4 settimane dalle urine. Globuli bianchi 4100, globuli rossi 5.120.000; Hb 85 %; poli nucleari neutrofili 62 %; eosinofili 2 %; linfociti 23 %; monociti 10 %; metamielociti neutrofili 3.

COMMENTO. — I casi dianzi esposti riguardano 4 pazienti affetti da blenorragia con gonococco abbondante, ed un'altro da uretrite microbica, ad ognuno era stato somministrato

un preparato sulfamidico (prodotto da varie case).

I primi due casi riguardano pazienti osservati nel gennaio 1938 che avevano preso preparati sulfamidici dotati in una potente tossicità superiore ai preparati attualmente in commercio, e da ciò la presenza riscontrata nell'urina di composti glucuronici, che denotavano una grave forma d'intossicazione dell'organismo.

Devo subito affermare che le intolleranze epatiche riscontrate si sono avute sia con modiche dosi di preparati sulfamidici, sia con dosi elevate. Ciò dimostra che questi preparati possono essere tossici a dosi lievi in soggetti particolarmente sensibili; da ciò la grande importanza di un controllo quotidiano di questi malati da parte di persona competente.

Inoltre questi pazienti non avevano precedenti epatici e renali che potessero spiegare un preesistente locus minoris resistentiae e dobbiamo ancora escludere come causa coadiuvante l'ingestione contemporanea di altri medicamenti.

Ho dovuto poi notare come l'urobilinuria fosse persistente; infatti in un caso (5ª osservazione) è persistita per 4 settimane e nella prima per 45 giorni, mentre i pigmenti biliari sono scomparsi in genere in pochi giorni. Un dato di notevole interesse che deve mettere in guardia è la profonda astenia che ha colpito fin dall'inizio tali pazienti: ognuno si lamentava di un senso di profondo sfinimento. Tale disturbo allorchè è unito a disturbi gastrici (inappatenza, senso di pesantezza allo stomaco, dolore, ecc.) deve mettere subito in istato di allarme. In questi casi bisogna sorvegliare attentamente il malato e ricercare sistematicamente l'urobilina, onde evitare l'insorgenza di inconvenienti a carico del grande emuntorio epatico.

Ad ognuno ho praticato azotemia, colesterinemia ed un esame emocromocitometrico.

L'azotemia mi ha fornito un tasso relativamente aumentato e ciò in rapporto al grado d'intossicazione. Infatti nei casi in cui si era manifestata l'intolleranza con una dose minima di medicamento (4ª osservazione) il tasso è normale, mentre nell'osservazione n. 4 il tasso è aumentato, poichè il paziente era stato sottoposto ad un trattamento sulfamidico più intenso e più lungo.

La colesterinemia invece in tutte le osservazioni ha fornito dei valori pressochè normali. In tre casi l'esame dell'urina ha fornito la presenza di pigmenti biliari in discreta quantità, che però sono scomparsi in genere dopo pochi giorni con cure appropiate contrariamente a quanto avviene per l'urobilina. A carico dei reni non ho riscontrato alcunchè di notevole, se si eccettua piccole traccie di albumina e qualche raro cilindro ialino.

L'esame emocromocitometrico mi ha fatto notare a carico della serie bianca costantemente una leucopenia e lievi alterazioni a carico della formula leucocitaria e cioè la presenza di forme immature (metamielociti).

Gardenghi e Tarantelli ritengono che l'organo epatico deve essere attentamente e assiduamente sorvegliato durante la cura sulfamidica. Gardenghi nelle sue osservazioni ha notato tre volte pigmenti biliari nelle urine ed una volta urobilina. Vonn ha riscontrato in tre casi presenza di pigmenti biliari. Motz ha notato in 8 casi sottoposti a cure sulfamidiche pigmenti biliari e urobilina. Per brevità mi astengo dal citare altri casi riportati dai vari autori. Debbo aggiungere che le intolleranze epatiche sono numerose e frequenti, cosicchè il medico deve escludere del trattamento sulfamidico quei pazienti che presentino nelle note anamnestiche disturbi epatici per evitare di ledere la cellula epatica. Va tenuto presente che ancora non è possibile precisare se le lesioni indotte a carico della cellula epatica dai sulfamidici siano reversibili.

(Continua)

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di avvelenamento da morso di serpente.

Dott. Pietro Orlandini, capitano medico.

Mi è occorso ultimamente mentre mi trovavo nel basso piano che confina col Sudan Anglo Egiziano, di dover curare di urgenza un gregario indigeno di banda, morsicato da una serpe che a detta dell'infortunato doveva esser di specie molto velenosa.

Il veleno di tale serpe doveva esser molto potente, perchè sebbene fosse passato poco tempo dal momento della morsicatura a quando l'indigeno mi fu portato per le cure, questo si trovava già in uno stato di incipiente collasso.

Il corpo era freddo, il polso piccolo e filiforme, la respirazione e la parola difficile, e perdeva a tratti la conoscenza.

La morsicatura era stata inferta sul dorso della mano destra; era appena visibile e non dava alcun dolore.

Applicai dapprima un laccio un po' più su del polso e feci subito un'iniezione di siero antiofidico polivalente I.S.M. un po' più su del laccio.

Giudicando il caso abbastanza grave, preparai una soluzione estemporanea di permanganato di K. mettendo metà di una compressa da 0,25 triturata, in una fiala di acqua bidistillata da cc. 10 e la iniettai quasi tutta endovena, riservandone 2 cc. che iniettai sotto la pelle del dorso della mano attorno alla morsicatura. Allentai poco dopo il laccio per le-

varlo 10 min. dopo. Intanto praticai anche qualche iniezione di eccitante.

Il malato incominciò ben presto a riaversi: riprese coscienza, il polso migliorò notevolmente, e sopratutto incominciò a riprendere forza tanto che dopo mezz'ora potè partire verso il suo accampamento appena sostenuto dai suoi compagni.

A carico della ferita non si ebbe alcun fenomeno secondario e neppure si verificò alcuna ripresa di fenomeni generali, come in qualche caso avviene.

Con molta probabilità doveva qui trattarsi di morso di colubride. A. Calmette distingue due specie di avvelenamento da serpenti: quello dovuto ai colubridi e quello dovuto ai viperidi.

Nel primo si ha quasi assenza di dolore nella ferita, e qualche volta anzi anestesia, prostrazione, difficoltà di respiro, vomiti e difficoltà di parola.

Nel secondo invece il dolore alla ferita è molto accentuato e si forma localmente una reazione intensa con edema. I fenomeni generali sono l'arsura alle fauci e senso di sete. Da principio si ha forte agitazione, che passa più tardi ad uno stato soporoso.

Non è certo qui il caso di metter in discussione quali dei due medicamenti · il siero antiofidico o il permanganato fu il più efficace, perchè il primato spetta sempre al siero antiofidico che deve esser usato per primo. Però credo che in ogni caso di avvelenamento da serpente oltre che usare subito il siero antiofidico non si dovrebbe mai tralasciare di praticare anche una iniezione endovenosa di permanganato ed iniettarne un po' anche attorno al luogo dove avvenne la ferita.

Di solito il permanganato lo si usa in mancanza di siero antiofidico e lo si trascura quando si ha il siero.

È vero che col siero antiofidico polivalente o meglio ancora con un siero specifico per la specie del serpente che ha dato il morso, si può esser sicuri di far fronte a qualsiasi avvelenamento da serpenti, ma alle volte può darsi di trovarsi di fronte ad un veleno verso il quale anche il siero poliv. non può esplicare la sua efficacia, oppure può esser un siero che sia già scaduto e non si abbia a ciò fatto caso.

Inoltre credo che il permanganato aiuti molto a scongiurare la possibilità di postumi a carico della ferita ed anche il ripetersi di fenomeni generali a breve scadenza dei quali è vero si ha subito ragione rinnovando il trattamento col siero.

Il permanganato agisce come energico coadiuvante e come antidoto e neutralizzante del veleno ofidico, perchè col suo richiamo di ossigeno eccita il centro respiratorio paralizzato dalla anidride carbonica fissata dalla tossina ofidica, e la neutralizza.

Quantunque il veleno dei serpenti esplichi azione differente a seconda della specie, cioè ad azione neurotossica per i colubridi ed emorragica per i viperidi, pure la causa letale è in tutti e due dovuta alla paralisi del centro respiratorio, causata dalla elettività tossica del veleno che agisce sopratutto sul sistema nervoso centrale.

E giacchè si è in argomento di paralisi del centro respiratorio non è questa pure che si verifica nei casi di avvelenamento da gas, nelle asfissie, in quelle per esempio avvenute per annegamento od anche nei casi di morte avvenuti per scariche elettriche? In un caso di avvelenamento da oppio ho avuto ottimi risultati iniettando una soluzione di permanganato endovena.

Non sarebbe forse il caso, se questo non è già stato fatto altre volte, di tentare in ogni caso di paralisi del centro respiratorio, nelle asfissie, avvelenamenti da gas, colpiti da scariche elettriche, di aggiungere ai comuni mezzi usati come la respirazione artificiale prolungata, gli eccitanti, anche un'iniezione endovena di permanganato?

Zona di frontiera sull'Akobo, 17-2-1938.

RIASSUNTO.

L'A. riportando un caso di avvelenamento da serpente curato col siero antiofidico fa presente che è sempre bene associare al siero anche le iniezioni endovena e locali di soluzione di permanganato di potassio.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI

CLINICA MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
Direttore: Prof. ENRICO GREPPI.

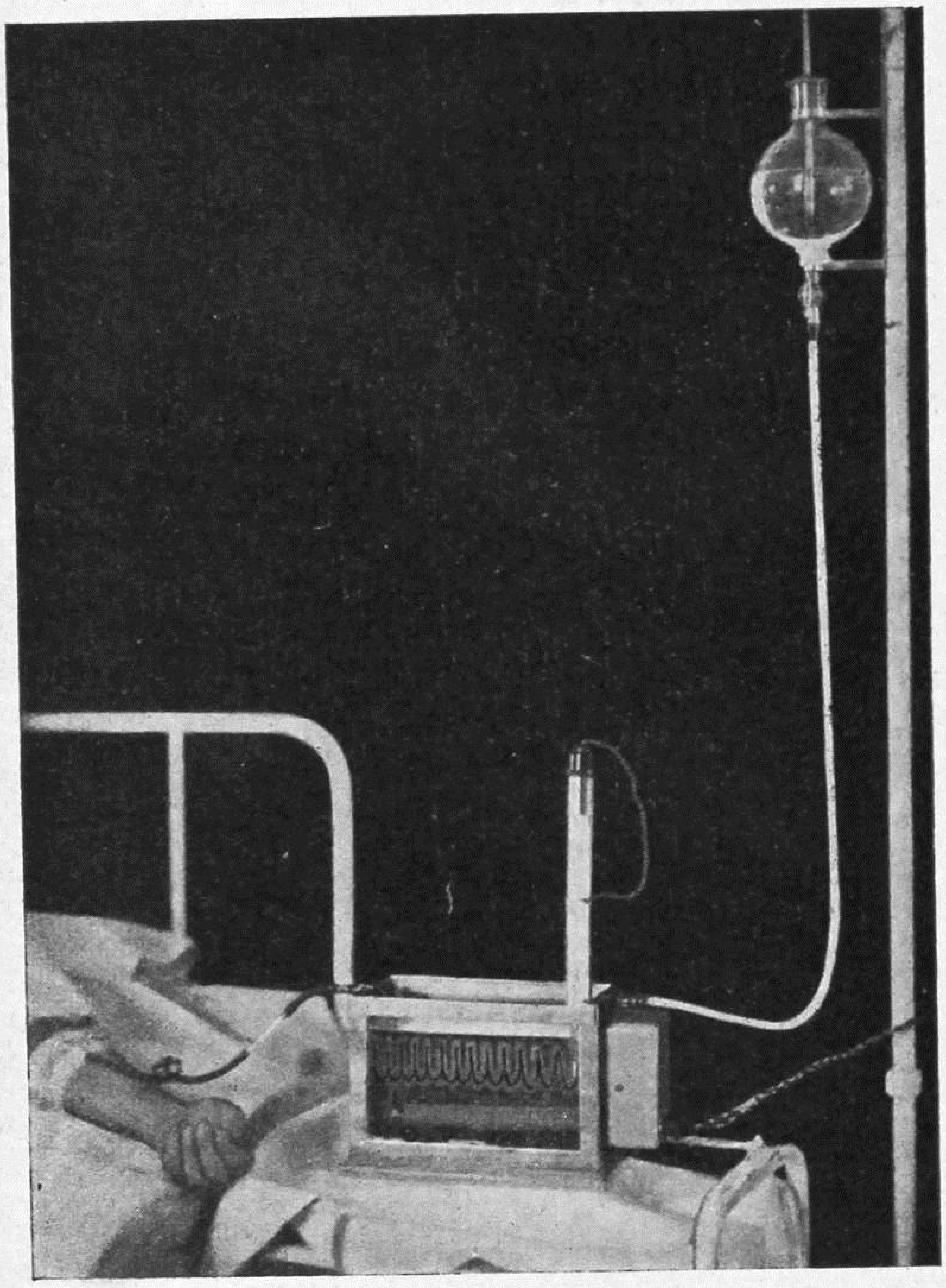
Dettagli di tecnica per la fleboclisi goccia a goccia.

Dott. RENATO MARTINETTI.

L'introduzione endovenosa massiva di liquidi è pratica terapeutica che risale oramai a molti anni: ma soltanto in tempi più recenti ci si è preoccupati, oltre che dell'introduzione massiva di liquidi per via delle vene, anche del *ritmo* con cui il liquido viene introdotto ed è sorta così la tecnica dell'infusione lenta. Si deve a Friedmann (1913), il primo studio preciso del problema e la sua applicazione pratica che ha poi avuto largo seguito specialmente in Germania e in America. Recentemente l'uso delle infusioni goccia a goccia è stato ripreso da vari Autori (Roch, Martin e collaboratori, Stahl e collaboratori, Bénard e Sallet) i quali hanno potuto mettere in luce tutta l'importanza pratica di tale applicazione terapeutica.

Con l'iniezione lenta ci si è proposti di ricostituire la massa sanguigna depauperata per emorragie o per eccessive perdite idriche, op-

pure, ricorrendo specialmente al glucosio in soluzione ipertonica, si è tentato di combattere le intossicazioni di origine esogena ed endogena, i collassi post-operativi, il vomito incoercibile, gli stati carenziali alimentari. In soggetti fortemente depauperati per difficoltà nel normale riassorbimento degli alimenti, autori americani (Elman e Weiner) affatto recentemente hanno constatato notevolissimi vantaggi da infusione endovenosa giornaliera di miscele di aminoacidi e glucosio. Un campo



relativamente nuovo e possibile di vaste applicazioni pratiche è quello che riguarda l'impiego delle infusioni endovenose goccia a goccia per la somministrazione di farmaci a dosi sino ad ora impensabili come singola somministrazione nella pratica medica e ciò non soltanto con sostanze facilmente distruggibili come l'adrenalina, ma anche con farmaci che presentano un potere d'accumulo come la digitale e gli arsenobenzoli.

Le tecniche proposte dai vari Autori per l'iniezione goccia a goccia sono le più diverse: dalla prima apparecchiatura di Woodyatt, Wilder e Sansum a quelle recenti di Roch e collaboratori, di Génard e Sallet, di Stahl e Veisbach: in genere le varie tecniche proposte presentano l'inconveniente di essere piuttosto complesse e di necessitare di apparecchi elettrici. Avendo intrapreso nella nostra Clinica uno studio sull'azione delle soluzioni glucosate ipertoniche negli stati tossici uremici, io ho messo a punto una tecnica che anche per la sua estrema semplicità credo utile esporre in questa nota.

L'apparecchiatura oramai in uso con piena soddisfazione nella nostra Clinica consiste essenzialmente in un pallone in vetro della capacità di circa 500 cc. collegato mediante un sottile tubo di gomma ed un ago che viene introdotto in una vena del braccio.

Il recipiente in vetro è ad apertura superiore piccola in modo da poter essere chiuso con un tappo di gomma traverso il quale passa un tubicino di vetro che pesca nel liquido d'infusione. Questo semplice sistema offre due vantaggi: primo, dà una pressione costante (sistema Mariotte) e quindi a parità di altre condizioni, dà una velocità di deflusso costante; altro vantaggio, in pratica utilissimo, è offerto dal fatto che il sistema stesso permette, osservando il ritmo delle bolle d'aria che penetrano nel liquido, di seguire e di regolare il deflusso del liquido stesso. Tale deflusso è reso facilmente regolabile mediante una pinza di Mohr posta sul decorso del tubo di gomma: il numero di goccie all'estremità libera del tubo varia naturalmente con lo stringere o con l'allargare la pinza di Mohr stessa.

Una particolare cura è stata posta per ottenere, oltre al deflusso costante goccia a goccia, anche la temperatura costante del liquido iniettato. Il riscaldamento nel recipiente del liquido perfuso è del tutto inutile, poichè, data l'obbligata distanza dal punto d'iniezione e la lentezza dell'iniezione stessa, il liquido di perfusione ha tutto il tempo di raffreddarsi nel tragitto dal serbatoio alla vena. È quindi indispensabile che il riscaldamento del liquido iniettato per essere efficace avvenga il più vicino possibile al punto d'iniezione: a tale scopo si è intercalato sul tubo di gomma, poco prima dell'entrata in vena, una serpentina di vetro che viene tenuta immersa in una vaschetta contenente acqua riscaldata elettricamente mediante un sistema auto-regolatore.

Ed ecco come si procede alla fleboclisi: dopo aver sterilizzato tutta l'apparecchiatura mediante ebollizione si riempie il sistema con la soluzione da infondere e, quando ci si sia assicurati dell'assenza di ogni bolla d'aria, si chiude la pinza di Mohr posta all'estremità libera del tubo di gomma. Si sospende allora il serbatoio a una altezza di circa due metri e si immerge la serpentina nel bagno rialzando la temperatura di questo al valore voluto

(in genere 40°, considerando la distanza fra serpentina ed ago). L'estremità superiore del serbatoio viene chiusa con il già descritto sistema Mariotte.

Si procede quindi alla puntura di una vena del braccio mediante un ago montato su di una comune siringa: l'ago utilizzato deve essere molto sottile, un comune ago da iniezioni ipodermiche. Dopo essersi assicurati di trovarsi in pieno lume venoso, si stacca la siringa dall'ago e, fatte defluire alcune goccie dal sistema, si innesta l'estremità libera del tubo di gomma (fornita di un raccordo metallico) all'ago. L'ago e parte del tubo vengono fissati mediante larghe striscie di nastro adesivo al braccio del paziente, il quale gode così di una relativa mobilità del braccio stesso. Si regola quindi nel modo già descritto il deflusso del liquido, osservando il gorgogliare delle bolle d'aria nel serbatoio ed avendo in precedenza stabilito per quel dato ago e per quelle date condizioni di apparecchiatura a quante goccie di deflusso dall'ago corrisponde una determinata frequenza nel gorgogliare delle bolle d'aria. La velocità di perfusione varia naturalmente secondo gli scopi terapeutici che ci si progongono e a seconda del liquido iniettato: così Roch e collabotori per combattere gli stati tossici renali iniettano 400 cc. di una soluzione di glucosio al 20 % nel tempo di un'ora circa, Stahl e collaboratori a scopo nutritivo perfondono in 10,12 ore cc. 2000 di una soluzione glucosata al 10 %, sempre a scopo nutritivo gli Autori americani (Elman, Weiner) arrivano a iniettare fino a 4000 cc. nelle 24 ore di soluzione glucosata al 10% arricchita di diversi aminoacidi. Nelle ricerche sistematiche condotte in Clinica per combattere gli stati uremici ci si è attenuti alla dose di 400 cc. di una soluzione al 20 % di glucosio perfusa nel tempo di due ore. Negli stati di adinamia circolatoria ricorriamo alla perfusione di glucosio al 10 % nella quantità di 200 cc., cui vengono aggiunti uabaina alla dose di mezzo mg. e una fiale (2-6 ctgr.) di un derivato adrenalinico (Sympatol, Veritol, Suprifen, ecc.). Un successo particolarmente brillante con questo trattamento combinato abbiamo potuto di recente constatare in un caso di grave adinamia cardio-circolatoria post-operatoria (splenectomia) con progressiva ripresa dal grave collasso.

Ad eccezione di due casi di rene grinzo in cui i pazienti poco dopo l'inizio dell'infusione di glucosio ipertonico manifestarono segni di intolleranza (dispnea, senso di malessere) così che si dovette sospendere l'infusione stessa, possiamo affermare che almeno nella nostra casistica, tale pratica terapeutica anche se ripetuta più volte e in tempi ravvicinati non ha mai dato luogo ad alcun inconveniente locale (nel luogo d'iniezione) o generale ed è sempre stata ottimamente tollerata dai pazienti che ne hanno spesso risentito un netto vantaggio subbiettivo, caratterizzato sopratutto da diminuzione del senso di arsura e scomparsa o almeno attenuazione di preesistente cefalea. Inoltre noi abbiamo potuto constatare la netta azione diuretica, antitossica e dinamico-circolatoria delle fleboclisi glucosate goccia a goccia, le cui possibilità d'applicazione secondo già si è detto sono molteplici e meritano senz'altro largo credito nella pratica terapeutica quotidiana.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver accennato ai vantaggi terapeutici che si propone il moderno impiego delle infusioni endovenose, espone i dettagli della tecnica personale seguita per le fleboclisi « goccia a goccia ».

SUNTI E RASSEGNE

PATOLOGIA GENERALE.

Le tesaurismosi o malattie da deposito.

(FRIEDRICH. *Z. ärst. Fortbild.* e *Z. Blatt inn. Med.*, 3 giugno 1939).

Vengono indicate con tal nome le malattie in cui si ha un aumento nel deposito di sostanze chimiche ben definite in determinati organi. Vi appartengono le malattie da deposito di glicogene, le lipoidosi, la malattia di Schüller-Christian-Hand (deposito di colesterina e dei suoi esteri), il morbo di Gaucher con depositi di kerasina (cerebroside ed il morbo di Niemann-Pick con deposito di fosfatidi (lecitina, spignomielina). Sono anche da ascriversi quelle malattie con deposito di corpi albuminoidi (amiloidosi) di sostanze grasse (obesità generale) di sostanze coloranti e pigmenti, come l'emosiderosi e l'emocromatosi.

La malattia da deposito di glicogene, quasi esclusivamente nei bambini, si manifesta con notevole ingrossamento del fegato; mancano invece tumore di milza, ascite ed ittero; glicemia straordinariamente bassa, talora acetonuria. Con la somministrazione sottocutanea di adrenalina, pur avendosi un effetto positivo sulla pressione, non si ha aumento della glicemia. Notevole è la sensibilità all'insulina di questi bambini; la somministrazione di zucchero od amido provoca un rapido aumento della glicemia con glicosuria, che diminuisce lentamente ed è seguita da acetonuria. Minima

è la crescenza di questi bambini, che hanno grande debolezza della muscolatura ed eccessivo sviluppo di cuscini adiposi sul tronco. L'essenza della malattia consiste in una deficienza del fermento diastatico, specialmente nel fegato, per cui la mobilizzazione del glicogene immagazzinato si fa in modo insufficiente. Beumer e Löschke hanno però trovato dei valori diastatici urinari molto elevati. Poco chiari sono anche i rapporti col complesso sintomatico ipoglicemico, come si trova, p. es., nel tumore delle cellule insulari del pancreas.

Il *morbo di Gaucher* è caratterizzato da un gigantesco tumore di milza, che aumenta lentamente ma continuamente. In séguito, anche ingrossamento del fegato senza ittero, senza urobiligenuria e senza ascite, anemia di scarso grado, leucopenia e trombopenia; resistenza delle emazie normale. Nel decorso della malattia, colorazione giallo fino a bruno-giallo della cute: inspessimenti bruni alla congiuntiva della rima palpebrale. In una serie di casi, modificazioni dello scheletro (bacino, colonna vertebrale, ossa lunghe), quali sono state descritte per la prima volta da Pick (forma ossea). Si hanno rigonfiamenti delle ossa, fratture spontanee, rotture delle vertebre per compressione, formazione di gibbosità; la radiografia mostra la scomparsa del corpo della vertebra con conservazione del menisco articolare, nessuna riformazione ossea e superficie liscia anche nell'osso molto deformato. La malattia è familiare e dominante dal punto di vista dell'ereditarietà. La diagnosi, in vita, è difficile. Istologicamente, si hanno dei depositi delle cosiddette « cellule di Gaucher » negli organi e nelle ossa. Dal punto di vista patogenetico, si tratta di un disturbo della funzione del sistema reticolo-endoteliale, oppure di una aumentata formazione di cerebrosidi, che si depositano poi nelle cellule reticolo-endoteliali; forse anche si ha un ostacolo alla scissione come accade per l'alcaptonuria e la cistinuria.

Anche nel *morbo di Niemann-Pick* si trova un grosso tumore di milza con ingrossamento del fegato, già riconoscibili poco dopo la nascita e rapidamente progredienti; la malattia si osserva soltanto nei bambini e porta ad una morte precoce. I bambini rimangono molto arretrati nello sviluppo ed hanno spesso delle caratteristiche di idiozia e delle malformazioni; vi sono poi dei rapporti con l'idiozia amaurotica. Il siero sanguigno è per lo più lipemico, lo specchio colesterinico è circa tre volte il normale. Trattasi anche qui di una malattia ereditario-familiare, che colpisce spesso i figli di genitori fra loro imparentati e le ragazze di origine ebraica. Si differenzia dalle consuete lipoidosi perchè i depositi si hanno non soltanto nelle cellule del sistema reticolo-endoteliale, ma anche in quasi tutti gli organi ed anche nel cervello. Secondo Pick, si tratta di un disturbo congenito del ricambio dei lipoidi, sovraccarico sanguigno di questi, che secondariamente si depositano. Baumann invece ritiene che si abbia a che fare con una disfunzione primaria, cellulare, intermediaria del ricambio dei lipoidi.

Nei casi sviluppati della *malattia di Schüller-Christian-Hand*, si ha una triade di fenomeni: diabete insipido, esoftalmo e cranio a carta geografica, come conseguenza di depositi xantomatosi nello scheletro e soprattutto nelle ossa craniche. Si arriva così all'invasione di tessuto lipoido-granulomatoso (grosse cellule ripiene di lipoidi) nelle ossa della base e della volta cranica, a rigonfiamenti nodulari palpabili, oppure a punti di rammollimento con margini netti, fatti che hanno l'espressione radiologica nel quadro di carta geografica. Ne vengono colpiti l'orbita ed i suoi margini, con conseguente esoftalmo. I depositi xantomatosi nello sfenoide sono causa di disturbi ipofisari; diabete insipido, disturbi dello sviluppo, distrofia adiposogenitale, disturbi della sfera genitale, arresto dello sviluppo mentale. La distruzione della rocca petrosa porta alla sordità, quella della mandibola al rilasciamento dei denti e loro caduta e stomatite. Sono colpite secondariamente le ossa del bacino e quelle lunghe. Le modificazioni e l'ingrossamento della milza e del fegato possono pure presentarsi, ma non sono tipiche.

Fra gli organi interni, vi partecipano i polmoni e la pleura, le vie respiratorie superiori, il cuore ed il pericardio. Si hanno inoltre lesioni cutanee: eczema scrofoloso, seborroico, eruzioni secche, squamose, xantelasma alle palpebre. Nel siero, elevazione dello specchio colesterinico. Si tratta, con tutta probabilità, di un grave disturbo nel ricambio dei lipoidi, che porta all'ipercolesterinemia ed al deposito di masse colesteriniche. Ma si ammette anche una granulomatosi primaria con deposito secondario di lipoidi. La malattia è una lipoidosi generale diffusa (xantomatosi); ma vi sono anche degli accumuli locali e dei depositi di colesterina negli xantomi (cute, fegato, milza); fra le due forme morbose, degli xantomi localizzati e della xantomatosi generalizzata (o malattia di Schüller-Christian-Hand) vi sono tutte le forme di passaggio.

Non esiste una terapia speciale per queste malattie. Nella malattia da deposito di glicogene, si somministrano durante la giornata delle piccole dosi di carboidrati, suddivise contro l'ipoglicemia e le sue conseguenze; col progredire dell'età la malattia può guarire. Nel morbo di Schüller-Christian-Hand è stato consigliato un trattamento dietetico, con pochi grassi e quasi acolesterinico, a quanto pare con buoni risultati; sintomaticamente, preparati ipofisari, insulina, irradizione Roentgen.

fil.

Locus minoris resistentiae.

(H. J. Lauber. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 26 maggio 1939).

I diversi organismi umani reagiscono ad una stessa causa dannosa con diverse modalità di reazione: così p. es. una azione locale perfrigerante provoca ad uno una rinite, a un altro una bronchite, a un terzo disturbi gastro-intestinali, a un altro ancora una pielite. Così pure è individualmente diversa la modalità di reazione ai traumi psichici. Nei diversi individui l'uno o l'altro organo possiede evidentemente una soglia di eccitazione minore di quella degli altri e quindi reagisce a stimoli relativamente lievi con manifestazioni morbose. Si tratta di «locus minoris resistentiae» su base costituzionale. Se invece la causa dannosa è particolarmente intensa (gravi azioni tossiche, forti perdite di sangue, ecc.) l'organismo intero si può considerare un *locus minoris resistentiae*. Prescindendo dalla predisposizione costituzionale, un organo può diventare *locus minoris resistentiae* in seguito a un trauma. Una delle principali funzioni dei tessuti è la loro capacità di difesa di fronte ai germi piogeni e la capacità di distruggere tossine. Un trauma deprime queste capacità dei tessuti e favorisce così l'attecchimento dell'infezione; perchè questo avvenga è naturalmente necessario che germi sufficientemente virulenti esistano già nell'organismo oppure vi arrivino mentre ancora i tessuti lesi non hanno ricuperato la normale capacità di reazione. Un trauma deve ad ogni modo essere rilevante perchè sia lecito ammettere che esso abbia determinato un *locus minoris resistentiae*. Dopo traumi che colpiscono lo scheletro diminuisce la resistenza del midollo osseo di fronte ai piogeni e di fronte al b. di Koch. Per ammettere un rapporto di causa ed effetto non è indispensabile che l'osteomielite avvenga proprio al punto del trauma: sappiamo che una violenza esterna può provocare anche lesioni indirette, a una certa distanza. Invece il tempo che intercorre tra il trauma e le manifestazioni morbose non deve superare un certo limite, che nelle infezioni da piogeni può anche arrivare a settimane, in tal caso però durante il periodo di latenza sono persistiti fenomeni morbosi post-traumatici. Spesso è oltremodo difficile stabilire se si tratti proprio di un *locus minoris resistentiae* traumatico oppure di reinfezione da osteomielite infantile guarita senza operazione e senza fistola: sappiamo che gli stafilococchi possono vivere di « vita minima » in vecchi focolai osteomielitici, per un periodo anche superiore ai 50 anni. In casi di sospetta tubercolosi post-traumatica il periodo di latenza è più lungo, esso non deve però superare i 6 mesi; si escluderanno poi tutti i casi di tubercolosi acuta, quelli cioè che si sviluppano subito dopo il trauma. La frequenza della tubercolosi post-traumatica non supera il 5 %. Un trauma può favorire anche la localizzazione articolare dell'infezione gonococcica, la localizzazione polmonare del pneumococco (polmonite da contusione) e la localizzazione di metastasi tumorali.

(Sullo stesso argomento, cfr. questo periodico, n. 21, p. 981). P.

Studi sui complessi lipoproteici del siero; loro modificazioni nello "stato di infezione„ (Infezioni da ultravirus) Nota II^{a}.

(M. Coppo e F. Magrassi. *Annali d'Igiene*, n. 3, marzo 1939).

Gli AA., riferendosi a loro precedenti ricerche dalle quali era risultato che l'estraibilità dei lipidi dai complessi lipoproteici del siero può essere grossolanamente modificata durante l'infezione da virus vaccinico e che tali differenze si manifestano essenzialmente con aumento della estraibilità dei lipidi, si propongono nel presente lavoro di precisare il significato di queste profonde modificazioni e definire a quale dei numerosi singoli effetti biologici della inoculazione esse siano legate.

Gli AA. hanno studiato comparativamente, nelle loro successive fasi di sviluppo, le infezioni determinate da una dose fissa di virus vaccinico (100.000.000 d. i. c.) inoculate in conigli sacrificati dopo periodi di tempo successivi dall'inoculazione, o nello stesso coniglio con successivi prelevamenti di siero. Essi hanno osservato uguali modificazioni sierologiche sia inoculando il virus per via intramuscolare che per via endovenosa.

In queste ricerche è stata presa in considerazione soltanto l'estrazione con etere, con etere-alcool 10 % e con etere-alcool 15 %. Le modificazioni dei complessi lipoproteici del siero, durante l'evolvere dell'infezione, si presentano di due tipi opposti: da una prima fase in cui si ha un aumento della stabilità del complesso lipoproteico, si passa a quella del cospicuo aumento di estraibilità dei lipidi del siero (fino a 8-10 volte). Tale modificazione è reversibile e regredisce in un periodo di tempo relativamente breve fino a raggiungere un'aumentata stabilità della struttura lipoproteica.

Tali modificazioni appaiono fondamentalmente legate all'evoluzione dell'infezione e non all'influenzamento patogeno di questa, esprimentesi attraverso la « malattia »; esse si succedono inoltre con segno opposto secondo un ciclo ben determinato che va parallelo all'evoluzione dell'infezione.

Il dato di fatto sopratutto importante che risulta chiaramente da queste ricerche è che la distinzione tra « stato d'infezione » e « stato di malattia » sussiste anche di fronte a quelle modificazioni strutturali del siero che si esprimono attraverso un aumento o una diminu-

zione della stabilità del complesso lipo-proteico.

Gli AA. prospettano i problemi che da tali risultati scaturiscono, ritenendo la tecnica da loro eseguita capace di mettere in evidenza importanti equivalenti sierologici chimico-fisici dello « stato d'infezione ». S. F.

SISTEMA NERVOSO.

La clinica dei disturbi circolatori cerebrali.

(WESTPHAL. *Zentralblatt f. inn. Medizin*, 3 giugno 1939).

Nella clinica dei disturbi circolatori cerebrali, sono anzitutto da rilevarsi due momenti: 1) Processi autolitici con notevole azione fermentativa autolitica, che si possono manifestare nel tessuto cerebrale tanto sensibile, in conseguenza di insufficiente apporto di sangue; essi sono favoriti dalla presenza di minime quantità di acido. 2) La possibilità, in confronto di altri organi, di rilevare un quadro netto dell'irrorazione sanguigna nel cervello, mediante l'osservazione del fondo dell'occhio.

La *cefalea*, che non può spiegarsi con grossolane lesioni anatomiche del cranio o dei suoi organi, fa pensare a disturbi vasomotori: diatesi vaso-neurotica, quale si osserva in donne di età giovane o media, con disposizione ai depositi di grasso, cute bluastro-rossiccia del braccio, delle coscie e gambe, plesso venoso subpapillare ectasico. Analoghi disturbi circolatori si suppone che si verifichino nel cervello. Nello stesso tipo si hanno dopo il climaterio dei lievi disturbi della coscienza con forti accessi di cefalea, eventualmente anche apoplessia con rammollimento rosso, senza elevamento della pressione sanguigna e, all'autopsia senza notevole arteriosclerosi delle arterie cerebrali.

L'*emicrania*, nell'età adulta indica dei rapporti con l'ipertensione genuina, il che depone nel senso di una patogenesi vaso-funzionale dell'emicrania stessa. I rapporti fra l'edema di Quincke puro anafilattico ed i disturbi funzionali del cervello che si hanno sulla stessa base sono rari ma non meno significativi. Più frequenti sono le costrizioni arteriose di alto grado nelle più svariate zone, che si manifestano senza che vi sia una pressione sanguigna molto elevata e che possono dare anche sintomi cerebrali. L'A. riporta l'esempio di una donna con fatti di morbo di Raynaud alle estremità, in cui dopo transitori disturbi visivi, si ebbe chiusura dell'arteria centrale, spasmi vasali intermittenti con emiplegia sinistra. Per sospetto di disturbi ipofisari, si praticò la radiografia della sella turcica, che si riscontrò piccola, con netta formazione di ponte. La somministrazione di pituitrina (sempre consigliabile nel morbo di Raynaud) determinò dopo 20 minuti caduta della pressione da 170 a 130, buona irrorazione delle estremità, scomparsa della cianosi. Con ulteriore cura di pituitrina e di bagni parziali, scomparsa dei disturbi e ricupero della capacità lavorativa.

Nella letteratura, sono descritti dei disturbi cerebrali transitori, afasia, fatti paralitici, che si manifestano più spesso nell'ipertensione genuina senza malattia renale, più raramente nell'ipertensione nefrogena; Volhard parla in questi casi di pseudouremia, oggi secondo Kaufmann di insulti angiospastici, che si manifestano con vertigini, intontimento, perdita della parola, nel 50 % degli ipertesi, insieme con violenti cefalee (alla fronte ed al cranio), che possono essere anche unilaterali del tipo di emicrania. Nelle donne all'epoca del climaterio, vampate di calore al viso, eventualmente stimolo al vomito; spesso, dopo l'emicrania si ha in queste donne, nella seconda metà della vita, l'ipertonia.

Sono poi da menzionarsi le *modificazioni della psiche*: stato di forte intontimento, stati ansiosi fino alla forte depressione, rallentamento dell'efficienza lavorativa, affievolimento della memoria, tutte condizioni che possono notevolmente migliorare mettendo in opera la moderna cura dell'ipertonia, il che depone contro l'esistenza di sclerosi dei vasi cerebrali. Appare invece più accettabile la genesi vaso-neurotica dei disturbi, specialmente per la fugacità dei sintomi nel tipico insulto agiospastico cerebrale, che si manifesta con l'impossibilità di muovere per alcuni minuti il braccio o la gamba, o con emiplegia, con afasia motoria improvvisa, talvolta con abbassamento di un angolo della bocca; dopo minuti od ore, tutto passa, ma si può anche ripetere in seguito, senza che si producano paralisi permanenti. In altri, i fenomeni precedono l'apoplessia. Nel materiale della clinica di Francoforte, si osservarono, in due anni, 15 casi di tali insulti angiospastici; di 50 apoplessie con paralisi anatomica definitiva, 12 furono precedute da tali disturbi.

Vien quindi fatto di pensare alle vaste e numerose possibilità di forme di passaggio dal puro disturbo vasale funzionale di una limitata zona cerebrale alle grandi emorragie cerebrali. Tali stati vanno di pari passo con delle crisi di pressione generale, nel senso di notevole elevazione della pressione, che si innesta sulla pressione già elevata dell'ipertonico. L'osservazione del fondo dell'occhio ci dà la possibilità di seguire accuratamente l'entità della contrazione arteriosa, specialmente nelle forme eclamptiche e pre-eclamptiche, in cui nonostante la giovane età della malata non è rara l'apoplessia.

Al determinismo delle crisi di ipertensione può contribuire l'ambiente: forti eccitazioni psichiche, irruzione di « fronti » meteorici,

stagioni (massimi primaverili ed autunnali, equinozi), macchie solari. L'individuo colpito ha spesso il tipo apoplettico: tendenza all'adiposità, disturbi delle funzioni sessuali nei giovani che ricordano la distrofia adiposo-genitale. Nel sangue di tali pazienti, l'A. riconobbe sperimentalmente la presenza di sostanze vaso-costrittive; elevati valori colesterinici (azione indiretta mediante la sensibilizzazione dell'effetto adrenalinico) e diminuzione dei grassi neutri. Dal punto di vista anatomo-patologico si ha un'arteriosclerosi, condizionata da un lato per le lesioni della parete vasale prodotte dalla permanenza di un elevato stato costrittivo e, dall'altro, dall'aumento di acido lattico, che si ha in conseguenza dell'ischemizzazione.

La presenza di elevati valori colesterinici nel sangue di ipertonici genuini, la diminuzione nel numero dei morti per apoplessia negli anni di carestia durante la guerra e dalla rarità dell'ipertonia nei popoli essenzialmente vegetariani, indicano le *deduzioni terapeutiche*, nel senso anzidetto della profilassi osservando una dieta povera di colesterina (quindi poca carne, pochi grassi, poche uova); abbondanza di verdure e frutta, medie quantità di carboidrati, come albumina 1/2 litro di latte al giorno, formaggi freschi e magri; si ottiene in tal modo una notevole diminuzione di pressione. La vecchia terapia del salasso va completata con le iniezioni endovenose di glucosio (40 cmc. della soluzione al 30-40 %, per 10-14 giorni); si ottiene così una retrocessione delle paralisi oppure un notevole miglioramento, probabilmente per diminuzione dell'edema circostante al focolaio apoplettico.

Utili sono le iniezioni di preparati a base di novocaina e caffeina; la puntura lombare per abbassare la pressione del liquor, i bagni parziali per la dilatazione dei vasi periferici; la somministrazione di luminal (10 cg. alla sera) agisce abbassando la pressione nel cervello e prevenendo le crisi di ipertensione; l'A. consiglia di rinforzare l'azione con la somministrazione di ergotamina (gynergen) o la piretoterapia con lo zolfo. Meglio che lo jodio è poi consigliabile il rodanato di sodio.

fil.

Meningiti sierose ed aracnoiditi da traumi cefalici.

(P. PUEC. *Bulletin Médical*, 17 giugno 1939).

A seguito di traumi cefalici possono determinarsi meningiti sierose, ed aracnoiditi, il cui studio ha un notevole interesse medico-legale e terapeutico. Si distinguono in:

1) *Meningiti sierose recenti*: *a*) aracnoido-piemeriti corticali traumatiche, che entrano nel quadro classico degli idrocefali esterni, immediate o secondarie, generalizzati o locali; *b*) idrocefali interni traumatici.

2) *Aracnoiditi e meningiti sierose tardive*: *a*) aracnoido-piemeriti sierose tardive, per lo più localizzate alla volta o alla base; *b*) idrocefali interni traumatici.

1) *Le meningiti sierose recenti* si verificano in seguito a traumi cranici con o senza frattura, sia immediatamente, sia secondariamente ossia nei giorni successivi. Possono mettere in pericolo la vita del paziente e in caso di traumi cerebrali importanti accompagnarsi in coma. Talvolta si verificano anche in conseguenza di traumi cefalici molto leggeri.

a) *La meningite sierosa diffusamente* si costituisce per lo più lentamente e si accentua d'ora in ora fino a diventare minacciante. Il complesso sintomatico riguarda perturbazioni delle funzioni vitali e di relazione.

Alcuni feriti sono completamente in coma, altri rispondono ai forti stimoli, mentre ve ne sono di quelli che sembrano avere solo una tendenza al sonno ma che in effetti hanno alterazioni inquietanti della coscienza (abbassamento delle palpebre, allungamento del primo tempo della deglutizione). Il rallentamento progressivo del polso, l'accensione febbrile, l'accelerazione della respirazione sono segni, che, seguiti d'ora in ora, rendono conto dell'aggravamento dello stato del paziente e pongono l'indicazione operatoria.

Le perturbazioni delle funzioni di relazione sono meno importanti.

Si tratta eventualmente di una sindrome meningea, di modificazione dei riflessi osteotendinei e cutanei, del riflesso corneale, Babinski che possono essere utili ulteriormente per la prognosi funzionale. In alcuni casi si hanno sintomi che fanno pensare ad una lesione localizzata ad es. un ematoma, e quindi indurre in errore.

La radiografia del cranio è necessaria per accertare l'esistenza o meno di fratture.

L'esame del fondo oculare può mostrare l'edema papillare. La puntura lombare non sempre orienta verso la diagnosi esatta.

La trapanazione nella meningite sierosa mette in evidenza la presenza di una bolla di liquor che cerca di fare ernia attraverso il foro. Ma se questo capita su una circonvoluzione è la stessa sostanza del cervello che tende a fare ernia, il che può far pensare all'edema cerebrale.

Nelle forme di meningite sierosa le indicazioni operatorie sono date dalle alterazioni progressive delle funzioni vitali. Talvolta è sufficiente la trapanazione semplice o associata alla trapanazione decompressiva sottotemporale con apertura più o meno persistente della dura madre allo scopo di continuare il drenaggio; tal'altra invece occorre una larga breccia decompressiva, o, infine, l'iniezione intraventricolare di siero o di aria per combattere l'ipotensione che si produce nell'interno dei ventricoli dopo l'apertura dell'aracnoide.

Generalmente i risultati sono sorprendenti: il soggetto riprende rapidamente la coscienza. La prognosi è più riservata quando coesistono edema cerebrale o focolai emorragici: in tali casi possono residuare emiplegie o crisi comiziali. Ma malgrado il suo quadro clinico allarmante, la meningite sierosa generalizzata diffusa, precoce deve guarire quando è convenientemente trattata.

b) *La meningite sierosa localizzata recente* non sempre è localizzata nel punto sul quale ha agito il trauma. Come la forma diffusa può essere immediata e secondaria. In genere raggiunge l'acme nei 4 o 5 giorni che seguono il trauma, ma specie nei bambini il maggior pericolo è nelle prime ore. Clinicamente ai sintomi d'ipertensione intracranica con edema papillare e midriasi unilaterale che non ha valore assoluto per la localizzazione, si aggiungono sintomi di lesioni a focolaio: epilessia jacksoniana, alterazione unilaterale dei riflessi, emiplegia.

La puntura lombare non apporta alcun utile diagnostico, non è terapeuticamente vantaggiosa, può anzi portare un aggravamento rapido. Anche le forme localizzate possono essere accompagnate da contusione o lacerazione del cervello, nonchè da collasso ventricolare.

Il trattamento consiste nella trapanazione praticata nel punto presunto della meningite sierosa. Una seconda trapanazione consentirà di apprezzare la differenza tra meninge sana e meninge alterata. Questa fa ernia attraverso il foro di trapanazione. La puntura della cisti meningea produce un'evacuazione liberatrice. Quando i sintomi locali sono imponenti e lo stato generale è allarmante occorre praticare una breccia più larga.

c) Talvolta a causa di un ostacolo a livello dell'acquedotto di Silvio o della fossa posteriore si sviluppa un idrocefalo ventricolare precoce. In tali casi, a dir vero, non si tratta di meningite sierosa.

2) *Le meningiti sierose tardive* si verificano a seguito di traumi cranici di ogni genere e possono manifestarsi anche a distanza di anni. Possono essere generalizzate e locali.

a) La *meningite sierosa generalizzata tardiva* è la meno frequente. Spesso segue a disturbi che fanno sospettare un perturbamento della circolazione del liquor (piccolo idrocefalo) o una infezione cronica o recidivante delle cavità della faccia, o anche un'infezione frusta del sistema nervoso centrale a tipo encefalitico. Si tratta quindi di meningiti la cui etiologia traumatica è più che dubbia.

b) La *meningite sierosa localizzata tardiva* è meglio individualizzata e più frequente. Può essere localizzata alla volta ed alla base.

La meningite della volta è localizzata in genere nel punto nel quale ha agito il trauma: occipitale, frontale, parietale. È caratterizzata clinicamente da: cefalea per lo più nel punto del trauma, aggravantesi progressivamente, di solito accompagnata da vomiti; alterazione del carattere e dell'umore con iperemotività, irritabilità e tendenza alla tristezza; disturbi della memoria; crisi epilettiche generalizzate o jacksoniane. La radiografia dimostra tal volta una frattura; l'esame del fondo dell'occhio può far rilevare edema della papilla; la ventriculografia può far rilevare dilatazione e deformazione dei ventricoli, e l'encefalografia per via lombare mettere in evidenza un'atrofia cerebrale in corrispondenza della meningite. Il trattamento consiste nell'intervento per evacuare la cisti sierosa e liberare le aderenze.

La meningite della base può essere localizzata:, *a*) nella regione del chiasma (riduzione progressiva della vista da atrofia dei nervi ottici, restringimento del campo visivo, cefalea, sindrome infundibulare con adiposità, poliuria, ecc., diminuzione dell'odorato); *b*) nella fossa posteriore con sintomi prevalenti a carico di parecchi nervi cranici ed in ispecie dell'VIII (sindrome di Méniere). Dal punto di vista diagnostico interessa sopra tutto la distinzione dei tumori cerebrali.

c) La meningite sierosa tardiva della fossa posteriore è spesso accompagnata da dilatazione ventricolare, che può essere globale e asimmetrica.

La diagnosi differenziale delle meningiti sierose recenti va posta con l'edema cerebrale, l'ematoma, l'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano. La distruzione è molto difficile clinicamente, può essere agevolata dalla radiografia, della ventricolografia, dall'esame del liquor, ma talvolta è possibile solo all'atto dell'intervento.

Le forme tardive possono confondersi con tutte le forme cerebrali non traumatiche e con gli ematomi traumatici o infiammatori della dura madre. Va anche accennato al fatto che tumori endocranici latenti possono manifestarsi clinicamente in occasione di un trauma.

La prognosi delle meningiti sierose traumatiche è favorevole, malgrado il loro quadro clinico allarmante, quando siano convenientemente trattate. I postumi permanenti dipendono in gran parte dalle lesioni associate.

DR.

Elettrospettrografia del cervello.

(Z. DROHOCKI. *Klin. Wochenschr.*, 15 aprile 1939).

L'encefalogramma normale è il risultato della interferenza di vari meccanismi che vengono azionati contemporaneamente ed automaticamente (« automatismi »). Ciascuno di questi automatismi funziona in un modo diverso, ognuno di essi produce tensioni elettriche alternate di differente ritmo e di differente grandezza: a queste differenze corrispondono

le diversità della frequenza e dell'ampiezza che caratterizzano i singoli automatismi.

L'elettroencefalogramma, è quindi in ultima analisi un prodotto di interferenza di diverse frequenze ed ampiezze: le frequenze che vi vediamo rappresentano la media di tutte le frequenze che si hanno in quel determinato momento, le ampiezze rappresentano la somma algebrica di tutte le ampiezze. L'elettroencefalogramma rappresenta dunque in ogni punto del suo decorso il risultato casuale della somma o della differenza della attività di tutte le cellule e di tutti i meccanismi che lavorano contemporaneamente, ed è probabile che le ampiezze e le frequenze che si vedono nell'elettroencefalogramma non esistano in tale forma nel cervello. Per ottenere una rappresentazione più realistica e meglio utilizzabile ai fini della ricerca è necessario procedere in modo particolare. Anzitutto si deve isolare dalla somma di tutte le frequenze che formano il normale elettroencefalogramma, una determinata frequenza o una striscia di frequenza: questo si ottiene per mezzo di vari filtri elettrici, basati sul principio della risonanza, che lasciano passare solo determinate frequenze. Si ottiene così un elettroencefalogramma filtrato su cui è rappresentata solo una determinata frequenza: questa grandezza unica, determinata, realmente esistente, si può esattamente studiare e seguirne il comportamento in diversi stati cerebrali e nelle diverse regioni del cervello. Una frequenza in tal modo isolata può però avere una così debole tensione, manifestarsi cioè con una ampiezza così piccola, da non essere praticamente riconoscibile: perciò è necessaria una amplificazione delle frequenze isolate. Lo studio della frequenza isolata e ampliata dimostra in modo evidente che essa non è costante ma compare di tempo in tempo in forma di brevi, regolari « esplosioni », per poi scomparire improvvisamente. Il lavorio cerebrale si compie dunque in maniera interrotta, saltuaria. Isolando e registrando diverse frequenze per una stessa regione del cervello, si ottiene lo « spettro elettrico » di quella determinata regione. Gli « spettri elettrici » dimostrano che tra le varie regioni del cervello e per una medesima regione in varie condizioni cerebrali, esistono differenze più o meno caratteristiche che con altri metodi non è possibile osservare. Lo studio dei fenomeni elettrici del cervello è completato dall'elettrospettrogramma, che si ottiene registrando in un sistema di coordinate, in forma di curve, diverse qualità (tensione, frequenza, costanza) delle frequenze isolate. P.

Qualche riflessione sui "nervosi"

(T. KELLER. *Revue Méd. de la Suisse Romande*, 25 giugno 1939).

Quando uno di tali malati si presenta dal medico è già un vinto che ha invano tentato, sotto la folla di numerosi consigli, un autopsicoterapia. La sua forza di volontà è spezzata altrettanto realmente come un arto da una frattura; la sua incapacità a volere è « reale ».

È utile allora rispettare tale stato psichico e sottomettere alla propria la volontà del malato piuttosto che stimolarla. Si avrà così una detensione benefica per i processi spontanei di riparazione. Bisogna liberare la mente del malato dal ogni idea di vergogna per la propria malattia ma nello stesso tempo fargliela ammettere, con le stesse restrizioni sociali che può comportare ad es. una malattia contagiosa.

Occorre lasciarsi guidare dai sintomi come in medicina fisica.

Il desiderio di suicidio, le fantasie ossessive sono tutti segni di un linguaggio e talora di un conflitto interiore incosciente.

Occorre far affiorare alla coscienza tutto ciò, agendo contemporaneamente con una sapiente psicoterapia, e in tutti i modi avendo cura di rispettare certe reazioni psichiche che hanno spesso il valore di compensi.

Occorre ascoltare il parere degli specialisti psicologhi molto più che non si faccia correntemente, e che vale anche per il medico « fisico », che da tale collaborazione potrà ritrarne vantaggi insperati per superare gli ostacoli che ad una terapia oppongono certe reazioni psichiche dei malati. Così in certi casi di tubercolosi si sono visti miglioramenti insperati provocati da un trattamento psicoterapico.

C'è ancora troppa vergogna ingiustificata per i sintomi nervosi, che vengono accuratamente nascosti. Così mentre nessuno si vergogna di dire d'aver sofferto di una polmonite, d'una scarlattina e così via, tutti nascondono eventuali turbe nervose.

Occorre persuadersi che i neuropatici non sono degli anormali, ma semplicemente dei malati. SIBILIA.

ORGANI DIGERENTI.

Le reazioni gastro-intestinali della allergia.

(C. BONORINO UDAONDO. *Archives argentinos de enfermedades del aparato digestivo y de la nutricion*, aprile-maggio 1939).

Non ogni intolleranza alimentare si deve catalogare come allergica: si può classificare come tale solo quando si presenta con particolari manifestazioni provocate ripetutamente da una stessa sostanza e scomparenti sempre con gli stessi desensibilizzanti. Generalmente l'anafilassi digestiva è a carattere periodico, con intervalli liberi: si inizia per lo più bruscamente ed ogni episodio ha durata limitata.

Certe sostanze determinano fenomeni allergici solo in alcuni soggetti, specialmente predisposti per tare personali o ereditarie: per lo

più lo choc si manifesta in un organo già malato, aggravandone la sintomatologia.

L'attività allergizzante di certi alimenti si esagera con la stipsi, con i catarri gastrointestinali o quando si accompagnano ad eccessi alimentari od alcoolici.

I disturbi gastrici o intestinali coesistono ordinariamente con altre manifestazioni allergiche, come orticaria, eczema, asma, prurito, edema di Quincke, ecc., ma talora offrono tanta somiglianza con i disturbi da affezioni organiche, che la distinzione è difficile.

Le sindromi cliniche da *allergia gastrica* si possono distinguere in acute e croniche. Le prime riproducono il quadro del collasso acuto gastrico post-alimentare: nausea, vomito, cianosi, dispnea, dolori violenti, collasso periferico; a tali gravi sintomi funzionali fa riscontro la quasi assoluta negatività dei sintomi fisici. Le forme croniche, di osservazione più frequente ma più difficili a diagnosticare specialmente se si associano ad alterazioni organiche, determinano sensazioni di tensione e ripienezza gastrica, eruttazioni, pirosi, vomito, ecc.

Le sindromi cliniche da *allergia intestinale*, la cui conoscenza va sempre più migliorando, sono per lo più dovute alla frequenza di una spina irritativa locale che sensibilizza l'organo ad un antigene specifico. Le reazioni più comuni sono costituite dalla diarrea, dalla stipsi e dalle coliche intestinali, nel cui determinismo intervengono gli edemi locali della mucosa e gli spasmi della muscolatura liscia con le conseguenti perturbazioni del peristaltismo.

Meno comuni sono le crisi addominali acute a tipo peritoneale e gli pseudo-infarti. La allergia alimentare è causa frequente della colite mucosa, caratterizzata dalla emissione di feci ricche di cellule eosinofile e di cristalli di Charcot-Leyden.

La diagnosi dell'allergia gastrointestinale, facile quando si riconosce l'agente scatenante, diventa difficile se tale agente è difficile ad essere riconosciuto perchè facente parte dei cibi comuni.

La terapia si basa sulla soppressione dell'allergene quando questo è conosciuto: altrimenti si attuano i vari mezzi in uso per la desensibilizzazione generica. F. TOSTI.

L'indagine radiologica nell'ascaridiasi.

A. BARBIERI (*La radiol. medica*, giugno 1939).

Non sempre l'esame radiologico può mettere in evidenza l'esistenza di ascaridi, specialmente nei primi stadi di sviluppo del parassita. Però può metterne in evidenza la presenza anche in casi in cui gli esami clinici erano stati negativi.

In certe stagioni e in certe regioni il Lenarduzzi ha trovata diffusissima l'ascaridiasi, fin quasi al 100 % dei soggetti esaminati radiologicamente.

Nel 25 % dei portatori di ascaridi si hanno disturbi attribuibili certamente e unicamente a questi parassiti. L'indagine radiologica ha importanza notevole anche e specialmente perchè può indicare in modo preciso il numero e la posizione dei parassiti.

L'A. ha pubblicato un vasto lavoro sull'argomento.

Il segmento più prossimale del tubo digerente in cui è stata dimostrata coi raggi la presenza di ascaridi è lo stomaco. Qui il parassita, in generale, non si ferma a lungo. Il Vietti vide un caso in cui per tre giorni i parassiti rimasero nello stomaco; poi furono espulsi col vomito e i disturbi (che facevano propendere per un'ulcera) scomparvero completamente.

Nello stomaco il parassita provoca facilmente fatti irritativi con antiperistalsi, forse per irrequietudine del parassita per l'ambiente acido in cui si trova. Il parassita probabilmente giunge allo stomaco dall'intestino solo nei casi di ipocloridria (in cui si ha stomaco in riposo e piloro beante).

Il Buonomini descrisse un caso di ascaride posto a cavallo fra stomaco e duodeno di un individuo che aveva il piloro rigido per infiltrazione neoplastica.

Nel duodeno la presenza di ascaridi è pure un reperto raro, ma meno raro che nello stomaco. Un caso fu descritto dal Vietti con sintomatologia di ulcera duodenale.

L'A. ha veduto un caso di ascaride posto a cavaliere fra stomaco e ansa afferente di una gastroenteroanastomosi.

Il tenue è la sede di elezione dell'ascaride (più spesso nelle anse digiunali, meno spesso nell'ultimo tratto dell'ileo).

Il numero degli ascaridi presenti nell'intestino non ha importanza riguardo alla gravità della forma morbosa che essi provocano.

La sintomatologia clinica della presenza di ascaridi nel tenue è quella delle solite forme di enterite: dolori addominali che si esacerbano in crisi, irregolarità delle scariche che spesso sono diarroiche. Secondo il Vietti l'ascaridiasi determinerebbe nel tenue predominanza di fatti spastici e ipercinetici, associata talvolta a dilatazioni segmentarie e ad insufficienza pilorica. Per il Lenarduzzi i fatti spastici sono i meno frequenti, mentre più spesso trovò ipotonia e più spesso ancora la dilatazione segmentaria descritta dal Vespignani. Il quadro radiologico è dato da brevi molteplici segmenti di tenue uniformemente dilatati in cui il pasto opaco forma dei livelli sormonati da gas in posizione eretta, in cui le valvole conniventi sono appiattite e diradate e nei quali c'è una spiccata insufficienza motoria.

Questa dilatazione atonica segmentaria si distingue da quella prestenotica, perchè in que-

st'ultima non si hanno tratti di aspetto normale interposti fra tratti dilatati, il segmento dilatato è di lunghezza proporzionale al grado di dilatazione, con calibro del segmento maggiore nelle immediate vicinanze della stenosi, con disegno delle pliche conservato e con fatti di ipercinesi che sono sostituiti da atonia solo dopo lunga durata della stenosi e quindi esaurimento dell'energia motoria delle anse a monte del tratto occluso.

Spesso l'ascaridiasi provoca il quadro radiologico della distonia, che partecipa dell'iper- e dell'ipotonia.

In casi di tenue contenente ascaridi e che presenta livelli idrogassosi, bisogna escludere altre condizioni patologiche nelle quali si ha gas nel tenue e precisamente l'aerofagia e l'aerocolia. L'aerofagia dà presenza di bolla gastrica sovradistesa anche prima dell'ingestione del pasto opaco e dà bolle d'aria che accompagnano il pasto nella discesa per l'esofago. L'aerocolia si mette in evidenza coll'esame in bianco dell'intestino.

Il tempo di svuotamento del tenue non è modificato dagli ascaridi.

Sull'interpretazione delle modificazioni da ascaridiasi si può, in base a ricerche sperimentali e per analogia, pensare che si tratti di alterazioni a carico del sistema nervoso e più precisamente dei plessi mesenteriali.

Aspetto radiologico simile a quello descritto si ha nella mesenterite retrattile, che può pure aversi per alterazione tossica da ascaridiasi o per alterazione infiammatoria di origine microbica. Però l'origine da ascaridi appare dubbia nei casi descritti da Vespignani, Amorosi e Faccini.

Gli ascaridi nell'appendice sono un reperto più raro di quello di ossiuri e di tricocefalo. Ma il fatto di trovare un'ascaride nell'appendice non è sufficiente ad ammettere che esso possa provocare appendicite. È più facile pensare che molti casi ritenuti di appendicite da ascaridi siano in realtà casi di pseudoappendicite. Anche l'accumulo di ascaridi nel cieco può dare il quadro di una pseudoappendicite.

La patologia del colon da ascaridi è scarsa anche perchè nelle porzioni più distali dell'intestino i vermi giungono già morti.

Gli ascaridi possono provocare perforazione e occlusioni.

Il Colombo descrisse il caso di un bambino che presentava radiologicamente numerosi livelli idrogassosi e una raccolta liquida pelvica. Sotto lo schermo si vide un rigagnolo di bario uscire dall'ansa intestinale contenente ascaridi e raggiungere la raccolta pelvica e per la stessa via si vide uscire dall'intestino un elminta che aveva ingerito del bario ed era quindi ben visibile ai raggi. La diagnosi radiologica fu confermata al tavolo operatorio.

In questi casi però non si può avere la certezza che la perforazione sia dovuta all'azione meccanica dell'ascaride.

L'occlusione da elminti acquista spesso il carattere di occlusione cronica intermittente. Essa ha sede più frequente nella parte inferiore dell'ileo ed è una delle occlusioni più benigne. La radiologia può essere utilissima per la diagnosi etiologica e di sede e può far evitare un intervento chirurgico nei casi in cui l'occlusione radiologicamente appare incompleta. L.

Il trattamento dei tumori retto-sigmoidei.

(J. DUVAL, *Presse Médicale*, 25 marzo 1939).

I tumori francamente sigmoidei, che hanno sede sul tratto mobile dell'intestino crasso, possono essere asportati con facilità.

Il procedimento operatorio più indicato consiste nell'esteriorizzazare il tumore e nell'asportarlo in un secondo tempo.

I tumori del retto possono essere asportati con due procedimenti differenti: per via peneale o, nei tumori a sede ampollare, per via addomino perineale.

Per quanto riguarda i tumori sigmoidei bassi o rettali alti, non si può nè usare la tecnica indicata per i tumori sigmoidei, nè l'operazione addomino-perineale.

L'autore pertanto dopo avere ricordato il metodo proposto da Hartmann per questi tumori espone il metodo personale. Esso consiste nell'asportare il retto-sigma, nel fare una anastomosi latero-terminale tra la parte laterale del sigma e la parte superiore del retto, mentre l'estremo inferiore del sigma fuoriesce dall'incisione addominale. I vantaggi offerti da questa tecnica sono: in primo luogo la temporaneità dell'ano addominale che funziona solo per pochi giorni, ma che, funzionando da valvola di sicurezza, evita che le suture siano messe in tensione. Secondariamente questa tecnica ha il vantaggio su quella proposta da Hartmann di utilizzare tutta la parte sfinterica del retto permettendo così di chiudere assai rapidamente l'ano addominale temporaneo. Tale tecnica è inoltre molto meno mutilante e molto meno grave dell'intervento addomino-perineale.

L'autore riporta due casi operati secondo questa tecnica. M. PEREZ.

Trattamento chirurgico del cancro del colon sinistro e del cancro del retto alto con conservazione dello sfintere.

(H. FINSTERER, *Presse Médicale*, n. 26, 1939).

Questo argomento è di grande importanza poichè molti ammalati rifiutano l'intervento convinti di non poter più avere in seguito una evacuazione normale.

Per quanto riguarda la diagnosi l'A. asserisce essere necessario, specie per i casi iniziali, l'esame radiologico della mucosa dopo evacua-

zione del bario. È spesso assai utile l'ausilio della rettoscopia. Ritiene invece inutile la biopsia perchè non si può asportare la base di impianto della neoplasia e perchè può dare luogo a una infezione (l'autore ha perso una paziente per setticemia conseguente a una biopsia).

Per quanto riguarda la terapia, generalmente i chirurgi ritengono che il cancro del retto alto (14-18 cm. al di sopra dello sfintere) sia inoperabile a causa delle difficoltà e dei pericoli dell'operazione; l'A. pensa invece che questi casi siano favorevoli per una operazione radicale perchè si può conservare lo sfintere e perchè danno risultati lontani migliori dei cancri ampollari.

L'A. pratica, eccetto che nei vecchi malati, il metodo addomino-sacrale. Nei casi gravi, con cachessia, e nei vecchi al disopra dei settanta anni esegue la via sacrale che è meno sbocchizzante ma che ha l'inconveniente di essere meno radicale.

Per quanto riguarda l'operabilità del cancro del colon essa è, secondo la statistica dell'A. dell'80 per cento. Per il cancro del retto dell'86.7 per cento.

La resezione in un tempo è possibile non solo per i cancri del colon destro, ma anche per quelli del colon sinistro se l'intestino è evacuato.

Conclude affermando che è giustificato dalla propria esperienza di conservare lo sfintere in un cancro situato a più di 10 cm. al di sopra dell'ano, senza diminuire la percentuale delle guarigioni. M. PEREZ.

DIVAGAZIONI

Problemi razziali nei paesi coloniali.

(E. RODENWALDT. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 30 giugno 1939).

Tre problemi si impongono al colonizzatore: la difesa sanitaria e la resistenza al diverso clima degli europei immigrati, la difesa dello stato biologico delle popolazioni di colore e l'evitare gli incroci di razze.

L'europeo nelle regioni tropicali viene insidiato sia dal clima che dalle malattie. La medicina moderna è riuscita a diminuire considerevolmente i rischi delle malattie tropicali, in tali condizioni l'europeo mostra di poter vivere bene nei tropici. Fattori importanti di acclimatazione sono il lavoro cui l'europeo si assoggetta all'ambiente in cui viene a vivere (pianura o altipiano). Le funzioni fisiologiche fondamentali, sia dell'uomo che della donna (funzioni sessuali, mestruazioni, parto, allattamento) non vengono considerevolmente alterate: anche l'allevamento dei bambini europei non offre difficoltà maggiori che in Europa. Pure non è possibile una completa acclimatazione dell'Europeo: la mancanza delle reazioni abituali in seguito alla uniformità della temperatura, la difficoltà del ricambio calorico per la saturazione dell'aria con vapore acqueo, ed altri fattori ad azione lieve ma continua finiscono per esplicare effetti dannosi per sottrarsi ai quali l'Europeo avverte l'imperioso bisogno di ritornare almeno per qualche tempo in patria. Gli europei adatti a vivere nei tropici devono inoltre essere privi di disposizioni allergiche, avere una pelle ben funzionante, non tendere a disturbi intestinali: importantissimo è inoltre un perfetto equilibrio psichico e una buona disciplina della volontà che sappia adattare alle nuove condizioni il tenore di vita ed evitare sia le sostanze stimolanti che quelle deprimenti.

La salvaguardia dello stato biologico della popolazione di colore si ottiene combattendo le malattie endemiche, identificando e combattendo le cause di regresso di natalità e conservando le abitudini ed i costumi tradizionali, nel limite della possibilità. Prima di cambiare costumi e leggi, prima di introdurre norme legali europee si dovrà vagliare bene se in tal modo non si pregiudica gravemente lo stato biologico dei nativi. Il principale pericolo consiste nel mettere una popolazione impreparata a contatto con i moderni ritrovati di una civiltà tanto più progredita.

Infine nelle colonie si dovrà evitare il meticciato. Questo si ottiene da una parte con leggi restrittive, d'altra parte rendendo possibile all'Europeo di trasferirsi nei tropici con tutta la famiglia. Questo è reso possibile dalla moderna igiene tropicale ed è ora solo una questione di organizzazione e di danaro.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

C. Frugoni. *Attualità trapeutiche* 1939. Ed. Francesco Vallardi. L. 55.

Lo sviluppo rigoglioso ed il moltiplicarsi rapido delle nostre conoscenze in tutte le branche della Medicina ha portato come conseguenza la impossibilità per il medico di seguire il progresso di ognuna, determinando quella spiccata tendenza alla specializzazione che è una delle caratteristiche della medicina moderna. Ma « specializzazione » deve significare approfondimento delle proprie conoscenze in un determinato campo più ristretto senza il volontario estraniarsi dalle fondamentali acquisizioni che vanno raggiungendosi in altri campi. Ciò vale soprattutto per le acquisizioni terapeutiche le quali, oltre che per ragioni culturali, devono esser conosciute perchè di squisito interesse pratico. Oggi, ad esempio, sarebbe davvero strano che un neurologo solo perchè tale, credesse di poter ignorare l'azione dei sulfamidici nelle affezioni streptococciche; nè si concepirebbe un ostetrico che ignorasse l'uso o addirittura l'esistenza del protaminato di insulina; nè potrebbe un medico internista ignorare i vantaggi che nella schizofrenia si ottengono con l'elettroshock.

Allo scopo appunto di permettere a tutti i medici, generici e specialisti, di aggiornare sistematicamente e periodicamente le proprie conoscenze sulle acquisizioni terapeutiche che in tutte le branche della medicina, della chirurgia e delle specialità vanno raggiungendosi, risponde questo volume di « attualità terapeutiche » compilato, sotto la sapiente guida del prof. C. Frugoni, da aiuti e assistenti delle varie cliniche universitarie di Roma. Puddu e Iandolo hanno svolto la parte riguardante la medicina interna; Valdoni e Palumbo la parte chirurgica; Cetroni la ostetricia e la ginecologia; Colarizi la pediatria; Challiol la neurologia e la psichiatria; Tarantelli la dermatologia e la venereologia. Il libro è scritto con intendimenti essenzialmente pratici e riporta soltanto quelle novità terapeutiche già uscite dal campo dell'esperimento e la cui attuazione pratica è già possibile; il medico pratico non dovrà pertanto scegliere fra cento metodi terapeutici per una data forma morbosa; ne leggerà pochissimi: la scelta l'hanno già fatta per lui gli autori del libro. Il quale, senza essere perfetto (un maggiore equilibrio fra le varie parti sarà raggiunto negli anni successivi) perchè dette attualità terapeutiche saranno, periodicamente pubblicate anno per anno raggiungendo senz'altro il loro scopo; gli autori si prefiggono infatti di rinnovarne ogni due anni la pubblicazione, in modo da tenere periodicamente aggiornati i lettori sui progressi della terapia.

Chi pensi poi che questa pubblicazione sostituisce vantaggiosamente quelle analoghe straniere che finora hanno sempre ignorato (o finto di ignorare) la produzione scientifica italiana, comprenderà che gli autori hanno inteso, nello scriverla, di fare anche opera di italianità.

A. Pozzi.

F Niedermayer. *Zum Krebsproblem und verwandten Gebieten.* Un volume di pag. 166. Edit. Deuticke, Vienna, 1938. RM. 5.

Vengono esposte delle idee personali sul problema della genesi del cancro che l'A. caratterizza quale tentativo della natura di compensare le alterazioni prodotte da una disfunzione del sistema endocrino a cellule derivate da cromosomi del sesso.

Come premette l'A. si tratta di considerazioni di un medico pratico, frutto di una esperienza di 25 anni.

Valdoni.

D. A. Mac Innes. *The principles of electrochemistry.* Un vol. in-8° di 478 pagg., con figg., tavv. e grafici, rilegato. Reinhold publishing Corporation, New York, 1939. Prezzo Dollari 6.

L'elettrochimica ha avuto la sua gloriosa origine nel nostro paese ed è a Galvani ed a Volta che noi dobbiamo le prime basali osservazioni, da cui si è venuta sviluppando specialmente negli ultimi decenni questa scienza, che copre sì largo campo. Essa comprende, di fatto, quasi tutta la chimica e gran parte della fisica, sicchè come giustamente osserva l'A., non può essere trattata a fondo da una sola persona, che deve pertanto limitarsi ad esporne soltanto alcune parti. L'opera profonda e coscienziosa dell'A., però, è ben lungi dall'essere frammentaria, ma presenta le principali questioni dell'elettrochimica in un insieme organico ed in modo completo. Pochi riferimenti storici in una brevissima introduzione; ma soprattutto, trattazione delle attuali vedute e nozioni sui complessi problemi dell'elettrochimica, esposti in poco più di una ventina di capitoli, a cominciare dalla legge di Faraday.

Vi si tratta, poi, dei principî di termodinamica, del potenziale chimico, del metodo per i calcoli teoretici dei coefficienti di attività, degli effetti della gravità e della forza centrifuga sulla forza elettromotrice della cellula galvanica. Vari capitoli sono dedicati alle diverse questioni concernenti il pH e la titolazione potenziometrica; la conducibilità elettrolitica viene poi considerata, sia in base alla classica teoria della dissociazione, sia in base a quella nuova ed attraente dell'attrazione interionica. Di grande interesse sono anche le sezioni riguardanti la costante dielettrica ed i fatti elettrocinetici (elettro-osmosi, elettro-cinesi, ecc.).

Trattasi di un lavoro di alta scienza, con sviluppi matematici, che possono costituire un certo ostacolo per il lettore superficiale, ma che sono molto utili per una più sicura comprensione delle varie questioni.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

BORY LOUIS. *Clinique et Pathologie comparée*, Paris, Masson, et C.ie, editeurs, 1939, pag. 239. Prezzo fr. 50.

A Roma recentemente è stato tenuto il IV Congresso internazionale di patologia comparata, con un particolare e significativo successo, poichè trattavasi di argomenti che si rivolgono a quanto di generale esiste nelle scienze biologiche, pur se con molti diversi atteggiamenti e varietà di forme, e interessava nel tempo stesso medici, veterinari, naturalisti. Nè era facile comprendere come esistendo da tempo una anatomia e fisiologia comparate, che sono tuttora materia di insegnamento universitario, si fosse tanto tardato a fare oggetto di studio e discussione la patologia comparata che è delle altre un naturale e logico corollario, e nel tempo stesso un complemento di sintesi biologica e patologica. A dimostrare la grande specialissima importanza di questo ramo scientifico basti ricordare i temi fondamentali che furono oggetto di relazione al Congresso: gli ultra-virus, l'eredità, gli antigeni associati.

Per le stesse ragioni quindi merita di essere presa con deferente e interessata considerazione qualunque opera che si occupi di patologia come sintesi di comparazione e di interferenza nel campo della vita organizzata, qualunque sia la forma strutturale ed esteriore che essa rivesta.

Un'opera recentissima nel detto senso, diretta a dimostrare la grandissima importanza dello studio comparato delle malattie, con il sussidio della clinica, del laboratorio, dell'esperimento, è quella di Bory Louis, che si propone di spronare il medico a divenire nel tempo stesso, e in particolari occasioni, veterinario e fitopatologo.

Basta prendere visione dei capitoli dell'opera per rilevare l'eccezionale interesse che deve destare in qualunque studioso di Scienze biologiche e patologiche in largo e generalizzato concetto: — malattie veneree negli animali, la malattia sifiloide del gatto e le granulomatosi umane, e altri che trattano delle dermatosi, degli itteri infettivi, dell'epilessia ecc. Ultimo capitolo, nuovo e originalissimo, è quello delle malattie dei vegetali, la cui fine porta a delle conclusioni, che possono anche essere conclusive dell'intera opera e delle sue finalità. L'A. così esprime: « ...noi siamo tentati di concludere che la nostra vita superiore, solidale di tutte le altre, non è che un complesso di simbiosi, dove ogni elemento, ogni gruppo tiene l'altro in soggezione; dove le infinite varietà delle nostre razze, può essere dei nostri temperamenti o dei nostri caratteri, sono dovute all'introduzione di un simbioto non abituale, infimo granello parassitario, che scivola un bel giorno nella associazione dei multipli piccoli organi che ci costituiscono e ci collegano per tante radici al resto dell'Universo ».

È un'ipotesi quanto mai audace, ma che fa pensare. G. MÒGLIE.

Classifica delle acque minerali italiane autorizzate a tutto il 31 dicembre 1937-XVI. Un vol. in-8° di 159 pagg. Ist. poligr. dello Stato, 1939. Prezzo L. 8.

La Direzione Generale della Sanità pubblica si è da tempo intensamente occupata del nostro patrimonio idro-minerale con un'accurata e scrupolosa revisione di tutte le sorgenti, delle relative analisi e degli stabilimenti destinati a cure termali ed idroterapiche.

La nostra ricchezza idropinica appare evidente da questo volume, in cui sono elencate tutte le acque minerali italiane autorizzate, classificandole secondo i criteri dei proff. Marotta e Sica, con le relative indicazioni e controindicazioni.

Le acque sono qui riunite per regioni, province e comuni, con un indice alfabetico che ne facilita le ricerche.

Il volume è di evidente utilità per i medici, che potranno così conoscere bene il nostro patrimonio minerale e fare la scelta delle acque da consigliare ai malati.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 24 marzo 1939.

Il presidente BOBBIO commemora il socio corrispondente nazionale On. Prof. BELFANTI e il Prof. CARLO MANCA di recente scomparsi.

Sull'anatomia patologica e sulla etiopatogenesi della malattia del Depuytren.

M. FERRARINI. — L'O. riferisce, nella sua comunicazione, i risultati conclusivi a cui è giunto nello studio dell'anatomia patologia della malattia del Dupuytren. Premessi alcuni particolari illustrativi sulla situazione attuale degli studi di questo argomento e sul suo metodo di ricerca, l'O. inizia, definendo il processo morboso che sta a base della malattia; passa poi ad esporre i particolari istologici che ha rilevato nei suoi casi. Quindi illustra una personale ricostruzione patogenetica del processo morboso, a base del quale pone una stasi linfatica che si produce a livello della aponevrosi palmare, e che determina in questa, come fatto iniziale, un cronico edema.

Il ricambio dell'azoto nell'uremia vera in rapporto soprattutto al comportamento dell'azotemia.

F. MARCOLONGO, N. GIANNETTO e L. RAVICINO. — Studiando sistematicamente il metabolismo azotato nei malati di uremia (vera) e in casi di grave insufficienza renale senza un quadro uremico conclamato, gli OO. hanno osservato quasi costantemente una più o meno spiccata tendenza al bilancio azotato in passivo. Questo deficit del bilancio, che non è in rapporti costanti nè con la gravità del quadro clinico nè con l'insufficienza circolatoria, nè con la diuresi, viene interpretato come la conseguenza di una cronica inanizione proteica che determina uno stato di abnorme distruzione proteica tissurale, con immissione di scorie azotate endogene nel circolo. Parte di queste scorie vengono eliminate con le urine mettendo il bilancio in deficit, parte vengono trattenute aumentando o comunque mantenendo alta l'iperazotemia.

Esistono nell'uremia (vera) due meccanismi che conducono all'insorgenza e alla persistenza dell'iperazotemia: uno è il bilancio azotato in attivo, quando i pazienti introducono più azoto di quanto il loro rene non sia capace di eliminare, l'altro è quello ora accennato. Il primo è riparabile, il secondo no o con molte difficoltà. L'aumento della dieta, per cercare di ottenere un equilibrio del bilancio dell'N che impedisca l'una e l'altra modalità di errori metabolici che conducono all'iperazotemia, porta a risultati vari ma talora all'invariabilità o all'abbassamento dell'azotemia. Il somministrare sistematicamente a tutti gli uremici una dieta a scarso contenuto proteico può non essere razionale, perchè tale inanizione proteica conduce spesso a iperazotemia attraverso il meccanismo già illustrato. Occorre invece per ogni caso sperimentare diversi tipi di dieta per trovare quello che maggiormente giova al mantenimento di un'iperazotemia non molto elevata e invariabile, o al suo abbassamento.

Seduta del 31 marzo 1939.

Sulle prime medicazioni delle ferite di infortunio sul lavoro.

ANGLESIO B. — L'O. espone i principi fisiopatologici e batteriologici su cui sono oggi basate le indicazioni terapeutiche delle ferite.

Queste indicazioni consistono nell'intervenire presto nelle prime 6-8 ore dal trauma e nell'asportare tutti i tessuti contusi, devitalizzati e destinati alla necrosi. Descrive il metodo da lui usato della sutura primitiva immediata, dalla quale tuttavia sono escluse le ferite complesse e contaminate.

R. Accademia di Medicina di Genova.

Seduta del 18 gennaio 1939.

Presidente: Prof. G. SABATINI.

Dosaggi clinici per la terapia follicolin'ca.

SABATINI G. — L'O., dopo aver sostenuto che la denominazione di follicolina deve essere riserbata all'ormone sotto forma di sostanza definita e cristallizzata, mentre a tutti gli altri numerosi composti od estratti che posseggono le stesse proprietà farmacodinamiche dell'ormone follicolare, va riserbata la denominazione di ormoni estrogeni, ha affermato il concetto che la terapia follicolinica non mira a riprovocare la ovulazione e tantomeno a mantenere indefinitivamente le mestruazioni, ma ha solo l'obbiettivo di riparare a troppo brusche carenze di ormone.

Stabilite le differenze che, nei riguardi della posologia, passano tra unità topo, unità ratto, unità internazionali ed unità scimmia, l'O. ha dimostrato come le difficoltà della terapia follicolinica siano in parte da riportarsi anche a varianti di risposte individuali. In linea generale la dose orale può variare entro grandi limiti, cioè fra le 100 e le 1000 U. I. (unità internazionale: un decimo di microgramma di una miscela di follicoline cristallizzate di diversa provenienza) pro die; la dose ipodermica può variare da 1000 U. I. giornaliere a 10.000 U. I. una due volte la settimana ed anche 50.000 U. I. per volta. Quest'ultima dose, però, non deve essere adottata che in casi del tutto eccezionali, soprattutto dopo castrazione, con ripetizioni settimanali e per non più di 3-4 volte.

Per quanto gli iperdosaggi non siano pericolosi, in quanto sembra che la follicolina somministrata a dose elevata viene distrutta dai tessuti e dal sangue, pur tuttavia è da segnalarsi la possibilità di reazioni follicoliniche irreversibili a carico di certi organi (degenerazione glandulocistica dell'utero, processi degenerativi ovarici con arresto dell'ovulazione, ecc.). Clinicamente, in seguito ad iperdosaggio si può avere: senso di tensione e di congestione degli organi del bacino, ipererotismo, spasmi uterini e vaginali, eccessiva e talora dolorosa turgescenza dei seni, qualche macchia di sangue dai genitali, talora senso di distensione intracranica.

Controindicazione netta alla terapia follicolinica è un'eventuale reazione metrorragica. Non altrettanto, invece, può dirsi del fibroma uterino.

L'asserita attività cancerogena della follicolina non ha sinora fondamento clinico.

Infine la somministrazione di preparati ad azione estrogenica, anzicchè di follicolina, va vagliata caso per caso dopo un attento esame della composizione del preparato stesso.

Voluminoso epidermoide dei ventricoli cerebrali Operazione. Guarigione.

BALDUZZI O., SACCHI U. e LAZZERI T. — Clinicamente nel caso descritto dagli OO. si era avuto: emiparesi destra spastica, emianestesia destra, emianopsia destra ed afasia sensoriale; il tutto preceduto da crisi molto spaziate di perdite di coscienza, e con assenza dei comuni sintomi di

tumore cerebrale. La diagnosi fu accertata con la ventricolografia e con l'esame del liquor ventricolare (presenza di cristalli di colesterina). Il tumore estirpato all'operazione pesava 100 grammi.

Il decorso post-operatorio è stato buono. Non sono residuati, ad un mese dall'intervento, che i soli disturbi afasici e sensitivi, mentre l'emianopsia è molto ridotta.

Gli epidermoidi sono tumori congeniti e benigni, la cui frequenza ammonta appena allo 0,7 % di tutti i tumori cerebrali.

Le aracnoidi cistiche del cervello. Contributo clinico ed operatorio

BALDUZZI O., SACCHI U. e LAZZERI T. — Vengono descritti due casi di cisti aracnoidee cerebrali, dette anche gromi dell'aracnoide. Queste cisti si formano quando un processo primitivamente infiammatorio o reattivo-infiammatorio delle leptomeningi blocca il liquido cefalorachidiano, che non avendo più libera circolazione si accumula nello spazio circoscritto dalla sinechia aracnoideo-piale, dando luogo alla formazione di una cisti.

Zona di predilezione sono le cisterne. Ma cisti più o meno vaste e grosse si possono riscontrare anche sulla superficie degli emisferi. Uno dei due casi riportati dagli OO. appartiene appunto alla serie meno frequente delle cisti a carico delle leptomeningi della volta emisferica. Degna di nota è in questo caso anche la origine traumatica, nonchè il buon risultato dell'intervento operatorio.

Mentre in questo caso il sintomo clinico prevalente è stato costituito dagli accessi epilettiformi; nel secondo caso, invece, sono prevalsi i disturbi a carico della funzione visiva.

La localizzazione di questo secondo caso era in corrispondenza della cisterna opto-chiasmatica. Anche in questo caso l'intervento ha portato ad un ottimo risultato.

L'angioarchitettonica del sistema nervoso centrale col metodo Pickworth.

FAZIO C. — L'O. ha trattato dell'applicazione del metodo Pickworth allo studio della rete vasale nel cervello. Questo metodo consiste nell'applicare su sezioni istologiche la reazione alla benzidina, quale comunemente viene praticata in clinica, per mettere in evidenza la presenza di pigmenti ematici nelle urine e nelle feci.

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 9 giugno 1939-XVII

Presiede il prof. L. DOMINICI, presidente

Associazione plurifistolosa del genitale femminile.

D. ROSSI. — Si descrive un caso di doppia fistola genitale: entero-vaginale e vescico-vaginale. Il caso è degno di nota perchè la via transperitoneale seguita, in questo caso, dall'O., è raramente impiegata negl'interventi per fistole vescico-vaginali, sia perchè gl'interventi per associazione plurifistolose del genitale femminile non sono frequenti, sia, infine, per il risultato raggiunto con l'operazione in un tempo solo per via laparotomica.

Il drenaggio addominale nelle appendiciti acute perforate.

G. BALICE. — L'O. solleva la questione sulla necessità o meno del drenaggio addominale nelle appendiciti acute perforate o cancrenate con peritonite purulenta circoscritta.

Passa in rassegna la bibliografia sull'argomento e mette in rilievo che, per quanto vi siano chirurgi che, anche recentemente, hanno sostenuto la necessità del drenaggio, la tendenza prevalente è per l'abolizione del drenaggio. Cita i risultati sperimentali di diversi autori, i quali concludono per la inefficacia del drenaggio agli effetti del vuotamento della cavità addominale o di parte di essa, degli essudati più o meno purulenti.

Avendo avuto la guarigione per prima intenzione con un decorso postoperatorio dei più soddisfacenti in 12 casi di appendiciti acute (8 perforate e 4 cancrenate) curate con l'appendicectomia ed il vuotamento della raccolta e senza alcun drenaggio, l'O. trae la conseguenza che nelle appendiciti acute con peritonite purulenta circoscritta, quando non è ancora costituita una vera e propria cavità ascessuale, si possa, e forse si debba, chiudere l'addome con tutta tranquillità. Il peritoneo infiammato, ma non coperto ancora da pseudomembrane in via di organizzazione, si difende benissimo da sè, quando è liberato dall'organo infetto o dalla raccolta purulenta periappendicolare.

Proposta di un nuovo metodo operatorio per la cura radicale dell'ernia inguinale.

F. LANZILLO. — Il metodo si propone la costruzione di una parete posteriore assai solida. Dei due lembi risultati dall'incisione dell'aponevrosi del grande obliquo si fa passare, con una serie di punti ad U, l'inferiore dietro lo strato muscolare, mentre il superiore, insieme ai muscoli, viene ribattuto al davanti del primo e suturato al ponte. Ne risulta, innanzi alla fascia trasversalis, la formazione di una parete a quattro strati così predisposti: aponevrosi del grande obliquo, (lembo inferiore, muscolo trasverso, muscolo piccolo obliquo, aponevrosi del grande obliquo (lembo superiore). Il funicello, a seconda delle circostanze, può allogarsi dietro la fascia trasversalis, fra detta fascia e l'aponevrosi del grande obliquo che rafforza la parete posteriore, fra i due lembi aponevrotici o, infine, nel connettivo sottocutaneo.

L'O. inoltre, qualunque sia il metodo adottato, ritiene utile sezionare i vasi epigastrici ed il contiguo legamento di Hesselbach.

Contributo alla diagnosi precoce del cancro (studio della reazione di Brossa).

L. BAKUNIN. — Lo studio della reazione di Brossa (in 103 casi) ha dimostrato che questa pur essendo positiva nel cento per cento dei portatori di tumori maligni, è positiva anche in un determinato numero di casi di non portatori di tumori maligni, nei quali si tratta di infezioni acute e di intossicazioni causanti intense e profonde alterazioni del siero sanguigno.

Il Segretario: prof. L. IMPERATI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cisti da echinococco del polmone rotta nei bronchi e suppurata.

Gagliardi P. (*La Clinica Chirurgica*, febbraio 1939) illustra un caso clinico a lunghissimo decorso di una cisti da echinococco del polmone, rotta nei bronchi e suppurata. La condotta terapeutica è stata quella di un piombaggio extrapleurico e l'associazione di una terapia medicamentosa con alcool endovena in proporzioni veramente notevoli: 53 iniezioni di alcool (20 cmc. al 33 % per volta), più Difenilformina e benzoato sodico. Precedentemente all'intervento operatorio era stato praticato un pneumotorace terapeutico, senza che tuttavia i risultati fossero soddisfacenti.

Il 2° tempo del metodo Valdoni che è stato eseguito non ha portato a nessuna conclusione dato che nonostante ripetute punture esplorative, non si riuscì a localizzare la cavità cistica. La malattia ha avuto una evoluzione lunghissima (20 mesi); alla fine il paziente è guarito completamente.

G. BENDANDI.

Gli arsenobenzoli negli ascessi gangrenosi del polmone.

Numerosi sono i metodi di cura tentati per l'ascesso gangrenoso del polmone; oltre ai trattamenti chirurgici e semi-chirurgici (pneumotorace, broncoscopia) sono da menzionare il cloridrato di emetina, che agisce bene negli ascessi amebici ed anche in altri, la vaccinoterapia (che dà scarsi risultati) le iniezioni endovenose di alcool (10 cmc. di alcool al 33 % in siero glucosato isotonico) o di benzoato di sodio, la tripaflavina ed i derivati sulfamidici.

A. Bernard e P. Delaoutre (*Journ. sciences méd. de Lille*, 21 maggio 1939) hanno trattato con successo un caso del genere con degli arsenobenzoli e consigliano le iniezioni endovenose a dosi di 0,15 e poi 0,30 ogni 2-3 giorni sino a scomparsa completa dei segni clinici e radiologici; in un caso, ne sono stati iniettati complessivamente 12 g. Possono anche farsi le iniezioni endomuscolari di preparati adatti o si può somministrare lo stovarsol per bocca. In una statistica di alcuni anni fa, su 80 casi si sono ottenute con tale cura 42 guarigioni, 13 miglioramenti e 25 insuccessi. Certamente, bisogna andar cauti prima di affermare una guarigione, tenuto conto che la malattia ha dei periodi di sosta.

Il buon effetto degli arsenobenzoli fa pensare all'origine spirochetica dell'ascesso gangrenoso, che alle volte sono realmente in causa in tale affezione; nel caso degli AA., però, l'esame dello sputo era negativo per le spirochete.

fil.

Il modo d'azione degli espettoranti.

Le varie categorie di espettoranti agiscono in modo diverso. E. Keeser (*Med. Klin.*, 2 giugno 1939) così schematizza la loro azione.

1) Sostanze che favoriscono l'espettorazione eccitando l'attività respiratoria (secretomotori): cardiazol, coramina, etere.

2) Fluidificazione di una secrezione tenace (secretolisi); si ottiene con: jodio, sale di cucina, carbonati alcalini, acque alcaline, saponina (radice di poligala, corteccia di quillaja, radice di primula, ecc.) e radice di ipeca.

3) L'emetina agisce paralizzando la muscolatura liscia dei vasi, oltre che per spasmolisi e favorendo l'assorbimento.

4) Come spasmolitici agiscono: papaverina ed efedrina, olii eterei (timo, trementina, eucalipto, ecc.); quest'ultimo agisce anche favorendo l'assorbimento e come antisettico; la sua attività secreto-litica è contestata.

5) Per la sua azione antiflogistica, il calcio è un buon coadiuvante degli espettoranti in genere.

fil.

La terapia inalatoria dell'asma bronchiale.

J. B. Graeser (*Journal Americ. Med. Assoc.*, 1° aprile 1939) ha praticata la terapia inalatoria su un gran numero di pazienti di asma bronchiale allo scopo di saggiare l'efficacia dell'adrenalina e di altre sostanze in varie concentrazioni. In tutti i casi la cura fu protratta per settimane e mesi. L'inalazione fu praticata con un atomizzatore. I migliori risultati si ottengono con soluzioni di adrenalina in soluzione fisiologica all'1 %. Concentrazioni più elevate provocano cefalea, tremori e palpitazioni.

La soluzione a parti eguali di adrenalina al centesimo e di ipofisi posteriore al millesimo non dette risultati migliori della soluzione di adrenalina all'1 su 200.

Il solfato di efedrina al 10 % o di neosinefrina a 5 % non dettero nessun vantaggio. Invece la cocaina all'1 % dette in qualche paziente i medesimi risultati dell'adrenalina.

La tolleranza al trattamento varia da soggetto a soggetto: qualcuno dopo inalazioni frequenti lamenta irritazione della trachea e secchezza delle fauci.

I migliori risultati si ottennero nei casi di media intensità, perchè l'attacco grave limita la penetrazione del medicamento nei bronchi. Da ciò la necessità che l'atomizzazione sia perfetta, in modo che le goccioline siano piccolissime e nello stesso tempo cariche di medicamento.

DR.

SEMEIOTICA

L'esame dell'acutezza uditiva.

Ai vecchi metodi empirici e malsicuri di esame dell'acutezza uditiva, si viene ora sosti-

tuendo quello praticato con apparecchi che utilizzano le valvole termo-joniche, in cui la soglia uditiva viene precisamente misurata alle diverse altezze di suoni e di intensità. La misura viene fatta in decibel e la registrazione si esegue su uno schema, di cui esistono due tipi: quello americano e quello francese.

V. Pescetti (*Il Valsalva*, maggio 1939) trova che la lettura e l'interpretazione dei risultati che si ottengono seguendo l'uno o l'altro di tali schemi non sono sempre agevoli e propone un nuovo tipo di schema, che le rende più facili, consentendo una più rapida ed esatta valutazione delle alterazioni sia quantitative che qualitative del potere acustico. Non è qui possibile riportare maggiori particolari, per i quali è necessario consultare il lavoro originale, in cui sono riportati molti schemi. È però importante portare a conoscenza l'esistenza di tali sistemi che possono fornire dei dati sicuri sulla acutezza uditiva, il che non interessa soltanto gli specialisti, ma anche i medici pratici ed altre categorie che devono praticare di tali esami. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI

Le insufflazioni nasali di polvere post-ipofisaria nel diabete insipido. Al dott. S. G. da B.

Sono generalmente consigliabili nei malati in cui la diuresi non oltrepassa i 15-20 litri al giorno; l'effetto è spesso molto maggiore che con l'introduzione parenterale; ne occorrono però dosi triple. Il meccanismo d'azione può forse riferirsi al fatto che nella polvere è contenuta una maggiore quantità di principio antidiuretico che non negli estratti. È stata anche avanzata l'ipotesi di un rapporto diretto fra le vie linfatiche e le vene del naso con il cervello. Della questione si è occupato, fra altri, A. Atabek, in *Revue d'éndocrinologie*, n. 4, 1937.

Un lavoro più antico degli stessi autori che hanno per primi proposto il metodo (A. e L. Choay) è stato pubblicato in *Presse médicale*, 1928, n. 73. *fil.*

VARIA

La coscienza del medico.

Nel n. 19 (13 maggio 1939) del *Journal des Praticiens* viene recensito un libro di Emile Sergent intitolato « La coscienza del medico » che riporta molti conflitti cui viene ad esporsi spesso l'animo del medico nell'esercizio della professione: da una parte il rischio di violare il segreto professionale, dall'altra il pericolo di permettere terribili contagi. Così se un individuo consulta un medico per una malattia virulenta e grave (per es. sifilide o tubercolosi polmonare evolutiva) e nello stesso tempo egli gli dichiara che sta per sposarsi, il medico cercherà di disusaderlo dal matrimonio. Ma se non riesce in tale intento, cosa dove fare? In un caso simile il Sergent andò dal padre della ragazza e gli dichiarò che il matrimonio non poteva aver luogo, pur non svelando il nome della malattia.

Certamente ogni padre di famiglia ringrazierebbe il medico che facesse ciò, ma questa confidenza non sarebbe un po' una violazione del segreto professionale? Si potrebbe pensare che deve spettare al padre di esigere un certificato di buona salute dal futuro genero e che il medico potrebbe limitarsi a dare questo consiglio.

In un altro caso, riguardante un macchinista obeso e pletorico che aveva avuto una perdita di coscienza, Sergent fece avere dapprima un periodo di riposo al malato e poi lo fece trasferire ad un posto di amministrazione, salvando la sua posizione materiale e togliendogli la possibilità di poter nuocere. In questo caso la condotta del Sergent non può non riscuotere il consenso di tutti.

Nel numero successivo del *Journal des Praticiens* (n. 20, 20 maggio 1939) Emile Sergent risponde al redattore affermando che, se nel primo caso poteva essere sufficiente il certificato di matrimonio, questo non basta a regolare la delicata questione del segreto medico in generale: egli invoca perciò la modificazione della legge in quei casi in cui il segreto professionale può favorire i colpevoli a detrimento delle loro vittime, come per esempio nel caso dell'aborto criminale.

Ricordiamo però che in Italia vi sono opportune disposizioni di legge che, pur tutelando il segreto professionale, obbligano il medico alla denuncia al medico provinciale di qualsiasi aborto di cui venga a conoscenza nell'esercizio della propria professione, indicando la presunta ragione dell'aborto stesso. Se si tratta di aborto procurato il medico provinciale deve poi denunciare il fatto all'autorità giudiziaria. F. TOSTI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ROSARIO SACCO. *Lussazione congenita dell'anca.* Tip. Mancuso, Nicastro, 1938.

J. PALACIO y E. MAZZEI. *La atelectasia in las Supuraciones Pulmonares.* El dia Medico, Buenos-Aires, 1938.

L. ROSSELLI DEL TURCO. *L'azione della lieta-fenilisopropilamina (Simpamina) sulla diuresi.* Tip. Arti Grafiche, S. Bernardino, Siena, 1939.

L. TOMMASI. *La prima scoperta della natura vivente causa di una malattia contagiosa: primato italiano.* Tip. « Boccone del povero », Palermo, 1939.

C. CANTIERI. *Nuovo contributo allo studio della spirochetosi ittero-emorragica dal punto di vista clinico e medico legale.* Riforma Medica, 1939.

Ufficio di Igiene e Sanità del Municipio di Genova. *Relazione del direttore prof.* RAGAZZI. Genova, 1939.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Esercizio delle arti ausiliarie delle professioni sanitarie. Infermieri manicomiali.

Il Ministero dell'Interno (Direz. gen. d. San. pubbl.) ha diramato ai sigg. Prefetti e al Governatore di Roma la seguente circolare n. 88:

Dalle notizie pervenute in risposta alla circolare n. 107 del 20 luglio 1938-XVI, n. 20400.3.III. AG 8365 è risultato che gran parte delle Amministrazioni degli Ospedali psichiatrici si avvalgono della facoltà concessa dal 2° capoverso dell'art. 24 del R. D. 16 agosto 1909, n. 615, per l'esecuzione della legge 14 febbraio 1904, n. 36, di ammettere persone estranee alle Amministrazioni stesse, ai corsi teorici-pratici istituiti per l'istruzione degli infermieri provvisori ed effettivi a norma del citato art. 24.

È risultato, altresì, che l'espletamento dei corsi medesimi varia notevolmente nei diversi istituti ospedalieri.

A quest'ultimo riguardo, si conferma l'intendimento accennato nella circolare n. 107 del 20 luglio 1938 di disciplinare i corsi in esame, così da renderli il più possibilmente uniformi. D'altro canto, tenuto conto che l'attestato di idoneità di cui all'articolo 24 predetto, abilita, espletate le formalità prescritte dall'art. 3 e seguenti del R. D. 31 maggio 1928, n. 1334, all'esercizio dell'arte ausiliaria d'infermiere generico, devesi rilevare l'opportunità che ai corsi predetti non sia più ammesso personale estraneo agli ospedali psichiatrici.

Si manifesta invero la necessità sempre più inderogabile di assicurare la piena attuazione delle finalità informatrici del R. D. L. 15 agosto 1925, n. 1832, ora trasfuso negli articoli 130-138 del T. U. delle leggi sanitarie, dirette ad elevare la funzione infermieristica ed affidarla alle infermiere diplomate con la graduale ma decisa sostituzione di esse agli infermieri generici.

Peraltro, il contingente di questi ultimi, necessario alle esigenze dell'assistenza domiciliare agli ammalati, appare sufficientemente assicurato, in mancanza della scuola per infermieri generici di cui all'art. 140 del T. U. delle leggi sanitarie, non ancora istituite per i motivi suaccennati, dagli infermieri generici che vengono annualmente licenziati dai corsi previsti dal primo comma dell'art. 2 del R. D. 31 maggio 1928, n. 1334.

Si pregano, ciò stante, le EE. VV. di impartire istruzioni alle Amministrazioni degli Ospedali psichiatrici perchè si astengano dall'ammettere col nuovo anno scolastico personale, estraneo agli enti stessi, ai corsi predetti, il cui scopo principale, secondo lo spirito informatore dell'art. 24 del R. D. 16 agosto 1909, n. 615, è quello dell'addestramento del personale in servizio presso le Amministrazioni manicomiali.

Si gradirà un cenno di assicurazione e di ricevuta.

Pel Ministro: BUFFARINI.

CONCORSI.

Posti vacanti.

CIVITAVECCHIA (Roma) vedere Roma

FERRARA. *Arcispedale Sant'Anna.* — Sette posti d'assistente med. chir.; titoli ed esami; età limite 30 a. al 17 giugno; stip. L. 4000 annue; percentuali; indennità di L. 10 e vitto nei giorni di guardia. È concesso il libero eserc. profess. Scad. ore 18 del 31 luglio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla presidenza dell'Amministraz. (corso Giovecca 203).

FROSINONE. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. pel consorzio Frosinone, Ripi e Torrice; L. 18.000 e 4 quadrienni dec.; indenn. trasf. L. 3000; è inibito l'esercizio della libera professione. Scad. 31 agosto (ore 19).

IMPERIA. *R. Prefettura.* — Coadiutore presso la Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 31 agosto, ore 12.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 17.000 e 10 bienni ventes.; indenn. serv. att. L. 4000; compartecipazioni 50 e 75 %. Titoli ed esami. Scad. 20 agosto.

ROMA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico aiuto, dirigente il Dispensario d'igiene sociale di Civitavecchia; L. 21.600, rimborso spese di viaggi, diarie. Aiuto medico presso il Consorzio Antituberc. di Roma; stesse condizioni, ma esclusa ogni indennità di diarie. Scad. ore 12 del 21 agosto; età limite 40 a. al 10 giugno. Chiedere copia dei bandi. Rivolgersi alla Segreteria presso l'Amministrazione Prov. di Roma.

SIRACUSA. *Consiglio Prov. Antitubercolare.* — Direttore della Sez. dispens. di Noto; scad. 13 sett., ore 18; L. 14.400 e 2 quinquenni dec.; età limite 40 a. Rivolgersi alla Segreteria.

VENEZIA. *Istituto Prov. per l'infanzia « S. Maria della Pietà » (Istituto Prov. degli Esposti).* — Medico pediatra; scad. 15 sett., ore 18; L. 6000 e 4 quinquenni dec. Almeno 3 anni presso Brefotrofi o Clinica pediatr. o sezioni pediatriche di Ospedali.

Posti di studio.

Borse per studi universitari di perfezionamento e specializzazione.

La Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde ha aperto il concorso a n. 16 borse di studio di annue L. 8000, da assegnare per l'anno XVIII a favore di studenti o laureati da non più di 5 anni, di sesso maschile, che siano italiani non regnicoli, di razza italiana, oppure figli di cittadini italiani emigrati.

Tali borse saranno assegnate per studi universitari, di perfezionamento e specializzazione presso un Istituto superiore della Lombardia.

Le domande di ammissione al concorso, corredate dei richiesti documenti, debbono pervenire non oltre il 30 settembre 1939-XVII all'Amministrazione della Cassa di Risparmio in Milano, via Monte di Pietà 8, alla quale gli interessati potranno rivolgersi per i necessari chiarimenti.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Al concorso per primario medico nell'Ospedale Civile di Ancona sono risultati in ordine di merito i dottori Arnaldo Pozzi, Franco Patrignani ed Enrico Periti.

Esprimiamo il nostro cordiale compiacimento al prof. Pozzi, aiuto nella Clinica Medica di Roma, ove ha compiuto studi scientifici e clinici di valore ed ha acquistato larghissima esperienza.

Egli è anche nostro apprezzato compagno di redazione.

Chiamato giovane ad un nuovo posto di responsabilità, l'attuale suo successo verrà appreso con generale soddisfazione dai molti estimatori ed amici.

La signorina Florence Hornsbrough è stata nominata sottosegretario al Ministero della sanità della Gran Bretagna, in sostituzione di Bernays. È questa la prima carica ricoperta da una donna nell'attuale Governo.

Il prof. Mario Mazzeo, titolare della cattedra d'igiene nell'Università di Palermo, è trasferito alla cattedra d'igiene dell'Università di Napoli.

Il dott. Alberto Iachini, medico-condotto di Cappelle sul Tavo (Pescara), con recente provvedimento è stato nominato cavaliere ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia. Rallegramenti.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

Si è tenuta a Taormina, l'1 e il 2 luglio, la riunione della Sezione Sicula della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

Tra le comunicazioni notiamo quelle del prof. Tommasi di Palermo su l'allergometria, del prof. Flarer di Catania sugli innesti sperimentali di tumori cutanei, del prof. Pisacane sul potere emobattericida dei soggetti trattati con preparati solfoamidici, del dott. Ciaccio sui rapporti tra acne e tubercolosi, del dott. Coppolino, dei dottori Lopresti, La Scala, ecc. Il prof. Monacelli ha presentato ed illustrato un caso di ulcera della gamba in un soggetto con anemia splenica emolitica, forma dermatologica ancora non descritta in Italia. Il dott. Puglisi ha presentato un caso di sclerodermia.

Il raduno era stato organizzato dal prof. Monacelli con la collaborazione dell'Ente Provinciale del Turismo e dell'Azienda Autonoma di Soggiorno, che hanno signorilmente ospitato i congressisti durante il soggiorno a Taormina; esso è anche perfettamente riuscito dal punto di vista organizzativo e turistico.

Il 4° Congresso internazionale della Società europea di chirurgia struttiva (plastica, protesica, estetica) si terrà a Parigi dal 5 all'8 ottobre. Presidente d'onore è il prof. P. Sebileau; presidente annuale il dott. Dufourmental. Per iscrizioni e informazioni rivolgersi alla segreteria, rue de Turin 9, Paris 8e.

Il 16° Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geografia mediche è indetto a Strasburgo, dall'8 al 13 ottobre, nei locali della Facoltà di medicina. Per programmi, informazioni, adesioni, rivolgersi al prof. Vaucher, Institut d'Hydrologie, place de l'Hôpital 1, Strasbourg, Francia.

Il 4° Congresso internazionale d'igiene scolastica di lingua francese si è tenuto a Lilla dall'1 al 3 luglio; v'intervennero rappresentanti del Belgio, della Svizzera e del Lussenburgo.

Il 23 e il 24 settembre si terrà a Berlino l'« assemblea medica tedesca », a carattere sindacale e corporativo; i lavori si svolgeranno nel palazzo dello sport.

La Società tedesca per lo studio della luce terrà la sua 6a riunione a Breslavia, il 21 e il 27 agosto, unitamente alla Società dermatologica tedesca. Tema principale: « Radiazioni, clima, pelle ». Rivolgersi al prof. Hans Meyer, Alten Eichen 5, Bremen-Horn.

La « Società di criminologia biologica » della Germania si adunerà dal 26 al 28 settembre in Graz. Rivolgersi al prof. dr. Seelig, 2. Schriftführer der Kriminalbiologischen Gesellschaft, Mozartgasse 3, Graz, Ostmark, Germania.

Il 5° Congresso nazionale jugoslavo di tisiologia, organizzato dalla Società jugoslava di tisiologia e dalla Lega jugoslava contro la tubercolosi, si è svolto il 28 e il 29 maggio a Lipik, sotto la presidenza del gen. med. dott. Rudivitch, capo del servizio sanitario militare, presidente della Lega jugoslava contro la tubercolosi.

La Società svizzera dei naturalisti terrà la sua 120ª riunione a Locarno, dal 23 al 25 settembre, unitamente alla Società medico-biologica svizzera; verrà discusso il tema: « Patologia e clinica delle malattie ereditarie e loro diffusione ». Rivolgersi al segretario, prof. dr. E. Ludwig, Pestalozzistrasse 20, Basilea.

Il 4° Congresso dei medici elettro-radiologi di lingua francese, che doveva tenersi nel 1938 e che venne rimandato, è stato fissato dall'11 al 14 ottobre. Presidente: dr. Louis Delkerm; segretario generale: dr. Dariaux, boulevard Rochechouart 9-bis, Paris 9e.

Un congresso degli « automobiles clubs » medici si terrà a Copenaghen dal 20 al 23 agosto. Saranno discussi i temi: « Certificato d'attitudine fisica per il libretto di guida »; « Libretto di guida agli invalidi »; « Il diabetico al volante ». Sono previste varie escursioni. Le adesioni di principio vanno dirette al segretario generale, dr. Lafond, boulevard Magenta 89, Paris.

Corsi di perfezionamento.

Il Comitato Centrale per il perfezionamento degli studi medici in Ungheria e la Commissione balneo-climato-terapica di Budapest organizzeranno, con l'appoggio dell'Accademia internazionale di perfezionamento degli studi medici, un « Corso internazionale di perfezionamento in balneoterapia » per medici, a Budapest, dal 2 all'8 ottobre.

Saranno tenute conferenze da eminenti specialisti di varie nazionalità: prof. H. Vogt, Breslavia; prof. S. Graff, Amburgo; gen. san. Rat P. Kohler, Bad Elster; prof. A. Slauck, Aquisgrana; prof. F. Coste, Parigi; prof. H. Salvesen, Oslo; prof. O. N. Holsti, Helsink; doc. E. Folke Lindstedt, Stoccolma; prof. M. Neskovic, Belgrado (notiamo che gli amici ungheresi non hanno fatto posto ad alcun italiano).

Il programma potrà essere richiesto dagli interessati al Comitato Centrale di Perfezionamento medico in Ungheria: Eszterhazy-utca 9, Budapest VIII.

Le sedute scientifiche saranno accompagnate da numerosi trattenimenti.

Specialità medicinali per le Mutue di malattia dei lavoratori dell'industria.

Il nuovo Statuto delle Mutue dei Lavoratori dell'Industria prevede la formazione, d'intesa con le due Confederazioni interessate, di un elenco di specialità medicinali, indispensabili con i comuni preparati galenici, di cui sarà ammessa la somministrazione gratuita agli iscritti alle stesse Mutue.

Poichè tale notizia ha richiamato l'attenzione di tutti i produttori di specialità medicinali, che da qualche tempo, attraverso i loro rappresentanti, si rivolgono alla Federazione delle Mutue dei Lavoratori dell'Industria sottoponendo richiesta per l'ammissione dei loro prodotti, riteniamo opportuno far presente quanto segue:

« L'elenco delle specialità verrà a suo tempo predisposto da una apposita commissione di cui faranno parte oltre a tecnici medico-farmacologi i rappresentanti sindacali interessati. La predetta Commissione stabilirà dal punto di vista terapeutico e farmacologico quali dovranno essere i preparati da includere nell'elenco stesso e che saranno distribuiti attraverso le farmacie del Regno. Le decisioni adottate saranno sottoposte all'approvazione degli organi superiori competenti ».

È quindi fuori luogo ogni pressione da parte dei rappresentanti dei produttori nei confronti della Federazione e dei suoi Uffici Provinciali.

Per l'autarchia della chinina.

La « Ricerca Scientifica del Consiglio Nazionale delle Ricerche » (marzo 1939) informa che presto cesserà l'importazione di corteccia di china e dei sali di chinina di cui l'Italia è stata largamente tributaria dall'estero per oltre 22 milioni di lire ogni anno.

È risultata la possibilità di coltivazione della *Cinchona succirubra* nei territori dell'Impero, e specialmente nelle regioni di Caffa, Uollega, Sidamo. Si prevede che possano ottenersi ottime cortecce officinali, usabili per la profilassi e per la cura degli indigeni ed ottimi prodotti chinacei di alto valore terapeutico, riconosciuto già da una vasta letteratura.

Questa autarchia della chinina permetterebbe, oltre il risparmio di molti milioni di lire ogni anno per l'attuale importazione, anche un rapido risanamento umano nelle zone malariche dell'Impero.

Eroiche vittime della scienza.

Con recente decreto reale è stata conferita alla memoria di Luigi Sani, professore di medicina veterinaria, la medaglia d'argento al valore civile con la seguente motivazione:

« Studioso di bella fama, rischiava consapevolmente la vita per compiere ricerche di alto valore scientifico e profilattico sulla rabbia, sul carbonchio, sulla morva e su altre malattie degli animali, che costituiscono altrettanti pericoli per la vita degli uomini. Durante tali ricerche contraeva grave morbo e pagava con la vita la sua passione di scienziato ».

Con lo stesso decreto reale è stata conferita alla memoria del dott. Orlando Orlandi, assistente dell'Istituto di chirurgia veterinaria dell'Università di Pisa, la medaglia di bronzo al valor civile con la seguente motivazione:

« Mentre attendeva con zelo e passione a mansioni cliniche e a importanti ricerche interessanti il patrimonio zootecnico nazionale, contraeva una grave infezione e perdeva la vita, vittima della sua completa dedizione al dovere e al progresso della scienza ».

Le lauree conseguite in Italia sono valide in Romania.

Si ha da Bucarest, che quella Corte di Cassazione ha pronunziato, il 12 luglio, una sentenza la quale ha per effetto di annullare un grave provvedimento preso, a suo tempo, dal governo di Goga. Per ragioni di carattere momentaneo, più che altro per agevolare la rapida soluzione del problema professionale, fu allora stabilito che le lauree in medicina ottenute nelle Università italiane non fossero riconosciute valide per l'esercizio della professione.

Uno dei colpiti ha ricorso, ed ora la Cassazione, con sua sentenza, ha riconosciuto la validità delle lauree conseguite in Italia. Tale sentenza costituirà, avendo vigore di legge, un precedente determinante anche per gli altri casi analoghi.

La pensione per i medici anziani in Francia.

La prima proposta Pomaret per il collocamento a riposo dei professionisti in età di 65 anni incontrò molte ostilità. Poi, per quanto riguarda i medici, essa è stata riveduta, con la collaborazione della « Confederazione dei sindacati medici francesi » (che rappresenta 21.000 medici dei 27.000 esercenti in Francia), e si è addivenuti ad un progetto concreto che incontra molte approvazioni. L'andata a riposo all'età di 65 anni è resa facoltativa. Il premio da corrispondere è di 3000 franchi l'anno, salvo nei primi anni di esercizio professionale e dopo i 60 anni, quando il premio è ridotto. La pensione ai medici in riposo verrebbe corrisposta in misura di 1000 franchi il mese, salvo ad elevare questa cifra quando le condizioni economiche della Cassa migliorassero: è previsto di portarla gradatamente a 2000 franchi il mese. Una clausola garantisce contro la svalutazione del denaro. Si provvede per la vedova e per gli orfani. Se il medico continua ad esercitare dopo i 65 anni, deve corrispondere una tassa di fr. 1500 l'anno. Il progetto incontra ancora vive ostilità da parte di una minoranza di medici, che stimano preferibile l'assicurazione libera; così la Federazione corporativa dei medici della regione parigina lo ha respinto.

Azioni giudiziarie.

Caso occorso in Francia. Un dentista, M. D., prima di procedere, in una cliente, all'applicazione di una dentiera completa, stimò necessario un esame radiografico, che venne affidato al dr. P. Questi trasmise al dentista la pellicola unitamente ad un protocollo, in cui concludeva per la presenza di un canino sinistro incluso. Il dentista inviò la cliente, insieme con la pellicola, presso un chirurgo, dott. B., il quale lesse la radiografia alla rovescia e perciò intervenne sul seno mascellare destro, sano. Ne derivò una sinusite cronica, che determinò sofferenze e minorazione per tre mesi. Da ciò una causa.

Il chirurgo si difendeva in quanto che sulla pellicola non erano indicati i lati destro e sinistro; ma il Tribunale ha riconosciuto che il radiologo aveva proceduto secondo l'uso e che, in più, si era dato cura di redigere un protocollo. Ha condannato il chirurgo e, solidariamente, il dentista, per negligenza; dovranno corrispondere 8000 franchi a titolo di danni.

Un po' dovunque.

L'attività assistenziale della Cassa malattie addetti al commercio è stata oggetto di una relazione al Duce, che ha espresso il suo compiacimento per i risultati raggiunti.

All'Ospedale « Rudolf Hess » di Dresda l'1 luglio venne deposta la prima pietra di un edifizio destinato all'Istituto Roentgen, ad un Laboratorio centrale, all'Istituto per studi sulla nutrizione ed all'Istituto di terapia fisica. Com'ebbe a dire il rappresentante dell'Ufficio di Sanità del Reich, dott. Kurt Blome, la cerimonia significava anche l'inizio dell'Accademia medica « Rudolf Hess », destinata alla nuova medicina tedesca. Venne anche inaugurato il 27° padiglione dell'Ospedale.

Nell'Ospedale « Robert Koch » di Berlino il 20 giugno venne collocata la prima pietra dell'Istituto Roentgen, in cui verrà trasferita la cattedra universitaria di roentgenologia, che avrà scopi diagnostici e terapeutici, didattici e scientifici.

Il 27 maggio si sono inaugurati ad Atene due nuovi padiglioni all'Asclepeion Voula, della Croce Rossa Ellenica; ciascuno comprende 100 letti, per bambini colpiti da tubercolosi osteo-articolare; così la capienza dell'Ospedale viene portata a 450 letti. Alla cerimonia intervennero il Re Giorgio II, S. A. R. Caterina e il ministro dell'igiene e della previdenza sociale.

La Centrale dei donatori di sangue a Londra conta 2700 iscritti. Gl'intervalli tra i salassi sono, in media, di 3 mesi per gli uomini e di 4 per le donne; un'esperienza di ormai 8 anni porta ad ammettere che i prelevamenti abituali di sangue — fra 400 e 750 cc. — non recano alcun danno alla salute. In genere, il ripristino si ha entro 2 mesi. (Med. Klin., 7 luglio 1939).

La Società Medico Chirurgica Trevigiana si è adunata il 28 aprile, con la presidenza del prof. A. Bozzoli. Sono state fatte comunicazioni da: M. Bortolozzi, G. Francescon, V. Pennati, A. Bozzoli, F. De Gironcoli.

Si è festeggiato ad Amburgo il 75° anniversario dell'Ospedale « Maria », cominciato con 12 letti e che attualmente ne conta 950.

L'Ospedale « Lainz » di Vienna è ora il più grande Istituto per radium della Germania; dispone di 5 grammi di radium e viene al 4° posto in Europa.

A Brema si è organizzata una Centrale dei parti, per evitare che le partorienti siano portate in maternità già ingombre.

A Bonyhád (Ungheria), dopo un'aspra campagna elettorale, è risultato deputato il tedesco dott. Heinrich Mühr, con 5000 voti di maggioranza.

A Stoccarda gli 80 partecipanti ad un banchetto hanno avuto sintomi di avvelenamento; si deplora una morte. I commensali avevano consumato un dolce pel quale si erano usate uova fresche di anatra, in contravvenzione a un'ordinanza che vieta l'uso di uova d'anatra se non sono assoggettate a cottura.

Il VI corso internazionale di malariologia è stato organizzato dalla Società delle Nazioni a Kuala Lumpur; ha riunito 13 medici e 25 ingegneri sanitari degli Stati Federati malesi, dell'Indocina francese, delle Indie olandesi, di Ceylon, delle Filippine e del Siam.

La rivista « Aerzteblatt » aveva un supplemento intitolato « Erbarzt », il quale ora è divenuto una rivista indipendente, a periodicità mensile; è diretta dal prof. O. v. Verscherr, apprezzato cultore degli studi di eredologia. È edita dalla Casa Georg Thieme di Lipsia. L'abbonamento importa RM. 6 semestralmente.

Il fascicolo di luglio del « Practitioner » è dedicato prevalentemente al cancro.

L'Accademia nazionale di medicina di Buenos Aires ha celebrato, l'11 maggio, il cinquantenario dell'Istituto Pasteur di Parigi, sotto la presidenza del prof. Perralla Ramos, presenti il rettore dell'Università V. Gallo, il ministro dell'i-

struzione pubblica dott. Coll, l'ambasciatore di Francia Peyronton e altre personalità.

La Commissione permanente per i premi San Remo ha assegnato il premio di quest'anno allo scrittore tedesco Hans Carossa, dottore in medicina, autore tra altre opere di « Il medico Gion » (tradotto anche in italiano) e del « Giornale di Guerra » (diario di un medico tedesco durante la grande guerra). Il premio importa L. 50.000.

I fratelli Crespi — sen. gr. cr. Mario, dott. gr. uff. Aldo e dott. comm. Vittorio — hanno donato due milioni di lire all'Ospedale Maggiore di Milano, per il finanziamento della costruzione del nuovo Ospedale.

Il dott. Carlo Bisenti, ispettore generale veterinario presso il Ministero dell'interno, ha tenuto in Roma una conferenza sul tema: « La profilassi immunitaria come mezzo di lotta contro l'afta epizootica ».

Il prof. Giuseppe Sangiorgi ha pubblicato ne « L'Avvenire Sanitario », due documentati articoli sul problema delle abitazioni, con speciale riguardo alla lotta contro la tubercolosi.

Il dott. Leopoldo Mottoulle, direttore generale della sanità del Congo belga, ha visitato l'Agro Pontino.

Al Lido di Roma si sono riuniti i laureati in medicina dell'Università di Roma 47 anni or sono; erano tra essi il sen. Alessandri e il prof. Schupfer. I convenuti parteciparono ad un cameratesco rancio.

A Roma, dalla giovane coppia Nicola e Maria Caputo, sono nati per la quarta volta due gemelli; la madre conta 35 anni.

Il presidente dell'Ufficio sanitario germanico ha invitato la « Società tedesca di medicina dei denti, della bocca e delle mascelle », a far compiere studi sulle azioni locali della nicotina ed ha messo a disposizione di essa, per tale scopo, due premi, di RM 1000 e 500; inoltre si potrà premiare una tesi di dottorato, che si occupi dell'argomento, con RM 200. Scadenza 1 luglio 1940.

Il prof. Giulio Cozzoli, dell'Università di Roma, ha tenuto a Molfetta una conferenza sul tema « Aspetti vecchi e nuovi del problema della razza »; ha inaugurato così i « Sabati culturali ».

Il Comitato esecutivo della Cassa di risparmio delle provincie lombarde ha deliberato di erogare L. 100.000 a favore dell'Ospedale di Livorno intitolato a Costanzo Ciano, in omaggio alla memoria dell'eroico Scomparso.

La Confederazione dei professionisti e artisti si è fatta iniziatrice di una serie di provvidenze, fra cui la regolamentazione della iscrizione alle varie Facoltà e Scuole universitarie, in modo da adeguare le iscrizioni ai bisogni nazionali.

Il « Pensiero Medico », il quale è in ritardo nelle pubblicazioni, le riprenderà ora in rinnovata veste e con più ampio programma; il prof. Ferruccio Marcora ne ha lasciato spontaneamente la direzione, che verrà assunta dal dott. Nando Bennati, fiancheggiato dai redattori Gonario Deffenu e Paolo Berteglia. Nell'agone giornalistico il Bennati è un veterano.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Amer. Journ. Med. Sc., mar. — W. Pagel e F. A. H. Simmonds. Guarig. delle cavità polm. — N. M. Keith e al. Tipi dell'ipertensione essenz. — L. G. Mc Neile e E. W. Page. Azione tardiva della tossiemia gravidica sulla personalità.

Deut. Med. Woch., 24 mar. Munk. Patologia e terapia dell'arteriosclerosi. — v. Pein. Diagn. differenz. degli edemi.

Brit. Med. Journ., 25 mar. — J. H. Burn. Analettici e sostanze simpaticomimetiche. — W. E. Rees, A. F. Sladden. Morbo di Weil.

Med. Welt., 25 mar. — G. Schlompa. L'arteriosclerosi. — A. J. Anthony. Affezioni bronchiali croniche e asma bronch. — A. Gérome. Trattam. della sciatica.

Presse Méd., 25 mar. — M. Janbon e J. Cadera de Kerlean. Brucellosi umana e aborto. — L. Sayé e N. L. Gaubarreie. Il metodo Abren per la ricerca della tbc. nelle collettività.

Bull. Méd., 25 mar. — Sieroterapia.

Giorn. di Cl. Med., 28 febb. — G. Moruzzi. Funzione del bromo. — S. Maugeri. Ipovitaminosi C ed affezioni del tubo diger.

Giorn. di Med. Nav. e Col., febb. — Massani. Microclima e ventilaz. nelle navi da guerra. — Lo Schiavo. Valutaz. costituzion. militare e quozienti biometrici di Pende.

Bull. Ac. de Méd., 7 nov. — E. Burnet e al. Chimioterapia del tracoma.

Münch. Med. Woch., 17 mar. — Balneologia.

Arch. It. Sc. Med. Colon. ecc., genn. — A. Castellani di Chisimaio, G. Acanfora. Cisticercosi pseudo-luetica.

Rif. Med., 25 mar. — V. Patrono. « Fattore intrinseco » di Castle.

Pric. R. Soc. Med., mar. — Discussioni: Diffus. della poliomielite nelle scuole; Disordini funzionali della voce; Gastroscopia; Sordità dell'orecchio interno. Copiosa casistica.

Klin. Woch., 24 mar. — D. Campanacci. Malattia dei maiali trasmissibile all'uomo. — E. Lauda. Termoterapia delle enterocoliti croniche.

Settim. Med., 23 febb. — V. Monaldi. L'aspirazione nelle caverne tbc. del polm.

Bull. Ac. de Méd., 21 mar. — Larget e J.-P. Lamau. Le appendiciti acute; trattamenti biologici.

Presse Méd., 1 apr. — H. Roger e al. Encefaliti pseudo-tumorali.

Deut. Med. Woch., 31 mar. — Fischer. Il problema dell'eredità. — Peke. La questione della nevrite.

Practitioner, apr. — Malattie dei bambini.

Rinasc. Med., 31 mar. — A. B. Marfan. Diverse forme di rachidite. — C. Rende. Tetania in corso di tifo add.

Rif. Med., 1 apr. — R. Agnoli e G. De Marchi. Alterazioni del miocardio provocate da ac. ossalico.

Klin. Woch., 1 apr. — W. Grunker e H. Frommelt. Azione dei raggi U.-V. sul numero dei reticolociti. — A. St. v. Mallinckrodt-Haupt. Determinaz. della vitam. B_1.

Münch. Med. Woch., 31 mar. — E. Grafe. Progressi del trattam. insulinico. — I. Orsoes. Patologia e terapia della gonorrea.

Forze San., 15 mar. — T. Lucherini. Trattam. del dolore nelle artropatie. — B. Sorrentino. Cistiti in menopausa.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Oftalmologia.

Riv. di Chir., genn.-febb. — M. ROMEO. Tumori dei nervi. — P. BRUNI. Ormonoterapia testicolare nell'ipertrofia prost.

Pediatria, mar. M. GERBASI. Fenomeni immunitari nella difter. — M. VERDE. Vaccinoprofilassi con anatubercolina Petragnani.

Journ. A. M. A., 18 mar. — A. E. PRICE e al. Trattam. della polmonite pneumococcica con sulfanilamide. — E. PERRY MCCULLAGH. Trattam. della deficienza testicolare con proprionato di testosterone. — C. M. MAC BRYDE. Sviluppo del seno nelle donne mediante applicazioni locali di pomata estrogena.

Arch. It. Mal. Appar. Diger., ecc., febb. — E. L. BELUFFI. Malformazioni congenite della cistifellea. — P. PONTRANDOLFI. Iperazotemia nelle stenosi del piloro.

Arch. p. le Sc. Med., mar. — A. GAMBIGLIANI ZOCCOLI. Epatosplenomegalie tbc. con anemie arigenerative. — N. QUATTRINI. Rapporti fra tumori e leucemie.

Rev. Méd.-Chir. Mal. du Foie, ecc., mar.-apr. — M. SEUDRAIL e al. Alterazioni di sviluppo in patologia splenica. — WASSILEWSKI. Funzione urogenica del fegato nel diabete m.

Giorn. di Cl. Med., 20 mar. — G. VERCELLESE. Onde corte e sistema reticolo-istiocitario. — F. CATTANEO e Q. PROCLEMER. Velocità di circolo.

Jornal des Clinicos, 15 genn. — G. MARAÑON. Il fattore ormonale dell'emozione. — 30 genn. A. MARQUES. Tiroide e leucemia.

Arch. di Ost. e Gin., mar.-apr. — M. TORTORA. Nuovo indicatore per svelare la rottura delle membrane.

Acta Med. Scand., IV. — V. KERPPOLA. « Debolezze » ipofisarie nelle deficienze di peso. — R. SIEGEL. Derivazione toracica sull'elettrocardiografia.

Journ. A. M. A., 25 mar. — R. FITZ. Esami medici periodici. — M. H. WALD e al. Tossicità dei tiocianati.

Arch. It. di Chir., genn. — N. DI MOLFETTA. Articolazioni negli arti immobilizzati.

Mediz. Klinik, 6 apr. — G. MAGNUS. Trattamento iniziale delle ferite. — B. BREITNER e W. BAUMGARTNER. L'osteomielite.

Bull. Ac. de Méd., 28 mar. — G. PETIT e al. Realizzazione sperimentale dell'adenoma prostatico. — LOEPEZ. Le piccole carbossiemie.

Deut. Med. Woch., 7 apr. — BUNGE. La gravidanza di lunga durata. — MORELL. Ormoni maschili sintetici od estratti testicolari?

Minerva Med., 31 mar. — P. CIGNOLINI. « Regmografia ».

Indice alfabetico per materie.

Allergia: reazioni gastro-intestinali . Pag. 1355
Amministrazione sanitaria . . . . . . » 1367
Appendiciti acute perforate: drenaggio addom. . . . . » 1364
Ascaridiasi: indagine radiologica . . » 1356
Asma bronchiale: terapia inalatoria . » 1363
Avvelenamento da morso di serpente . » 1344
Bibliografia . . . . » 1361
Cancro: reazione di Brossa . . . . . » 1364
Cervello: disturbi circolatori: clinica » 1352
Cervello: elettrospettrografia . . . . » 1354
Cervello: epidermoide dei ventricoli . » 1364
Diabete insipido: insufflazioni nasali di polvere post-ipofisaria . . . . . » 1366
Ernia inguinale: nuovo metodo operatorio . . . . » 1364
Espettoranti: modo d'azione . . . . . » 1365
Ferita da infortunio sul lavoro: prima medicazione . . . . » 1363
Fistola doppia del genitale femm. . . » 1364
Fleboclisi goccia a goccia: nuova tecnica . . . . » 1345
Follicolina: dosaggio clinico . . . . . Pag. 1363
« Locus minoris resistentiae » . . . . » 1351
Malattia di Dupuytren . . . . » 1363
Malattie « da deposito »: tesaurismosi » 1347
Medico: la coscienza del — . . . . . » 1366
Meningiti sierose ed aracnoiditi da traumi cefalici . . . . » 1353
Nervosi: soggetti —: riflessioni . . . . » 1355
Polmone: ascessi gangrenosi: cura arsenobenzolica . . . . » 1365
Polmone: cisti da echinococco rotta nei bronchi e suppurata . . . . » 1365
Razza: problemi coloniali . . . . » 1358
Siero: complessi lipoproteici . . . . . » 1351
Sistema nervoso centrale: angioarchitettonica . . . . » 1364
Sulfamidici: intolleranze ai — . . . . » 1335
Tumori del colon e del retto: trattamento chirurgico . . . . » 1357
Udito: esame dell'acutezza . . . . . . » 1365
Uremia: ricambio dell'azoto . . . . . » 1363

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 31 Luglio 1939 - XVII — Num. 31

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: C. Fivoli: Le intolleranze ai sulfamidici.
Osservazioni cliniche: P. Mariconda: Sulla splenomegalia con tromboflebite.
Sunti e rassegne: MISCELLANEA: G. Schröder: Problemi attuali della tubercolosi. — G. Pansini: La malaria nei reduci dall'A. O. I. — Leger: Enervazione senocarotidea. — F. D'Ajutolo: Considerazioni su interventi per nevralgie del trigemino. — A. Grimberg: La trasfusione del sangue conservato. — Clavelin Ch.-Lacaux M.: Cancro e ferite di guerra (a proposito di 4 casi). — R. Le Fort: L'estrazione di proiettili o di corpi estranei dal cuore. Risultati lontani (dopo 20 anni) e considerazioni. — M. Tinker e M. B. Tinker junior: Resezione del fegato. Condizioni favorevoli per l'intervento. — E. Wannenmacher: Nozioni odontoiatriche importanti per il medico pratico.
Divagazioni: A. Filippini: L'autista che si addormenta al volante.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medico-Chirurgica di Pavia. — Società Medica del Friuli. Sezione Culturale del Sindacato Fascista Medici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Vaccinidi accidentali. — Xantomatosi diffusa. — Il rinofinoma ed il suo trattamento. — La sindrome della ragade del capezzolo nella mastite dell'allattamento e suo trattamento col drenaggio filiforme. — La fisioterapia delle tubercolosi esterne. — L'insulina nella medicatura di ulcere indolenti croniche. — Etiopatogenesi e terapia delle dermopatie genitali pruriginose nella donna. — TECNICA MEDICA: Puntura della cisterna o puntura lombare? — MEDICINA SOCIALE: Un danno sociale: l'alcoolismo. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sul numero e sull'importanza dei linfociti nel carcinoma e particolarmente nel carcinoma dello stomaco. — Effetti della tiroidectomia su reni normali e sottoposti all'azione di sostanze chimiche. — POSTA DEGLI ABBONATI. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Periodo di prova abbreviato.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

R. ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO OSPEDALIERO DI S. MARIA E S. GALLICANO IN ROMA
Direttore: Prof. P. A. MEINERI.

Le intolleranze ai sulfamidici.

Dott. CARLO FIVOLI, assistente.

(contin. e fine vedi num. precedente)

MECCANISMO DI AZIONE DEI SULFAMIDI.

Taluni autori hanno affermato che l'azione sarebbe essenzialmente antibatterica cui parteciperebbe in modo secondario anche l'organismo mobilitando i poteri naturali di difesa; in questi un'azione preminente spetterebbe al sistema reticolo-endoteliale. Altri autori come Colebroock, Longh e Bliss Bulth, O' Meara piuttosto che una attività battericida ammettono una attività batteriostatica cioè un arresto di produzione di germi.

Levaditi e Weismann ritengono che i sulfamidi agirebbero bloccando il potere assimilativo dei materiali nutritivi che l'organismo mette a disposizione dei germi permettendogli fra l'altro di mettere insieme una capsula. In seguito a ciò il germe non potendosi fabbricare una capsula e cioè la protezione, sarebbe votato ad una sicura fine ed i poteri di difesa dell'organismo avrebbero facilmente ragione dei germi. Queste esperienze fatte anche in collaborazione con Krassnoff sono state effettuate sul pneumo-cocco che è provvisto di una capsula, mentre non tutti i batteriologi sono d'accordo sulla eventuale presenza di una capsula nel gonococco, sebbene lo Janet ne abbia descritto una che va sotto il suo nome. Si potrebbe ritenere che attorno al gonococco esista una sostanza intercellulare sulla quale il medicamento potrebbe agire come su una vera capsula.

Felcke con una serie di ricerche usando i medicamenti del gruppo sulfamidico in varie concentrazioni ha notato che questi esercitano una azione diretta sui gonococchi e sugli altri germi, poichè ne inceppano la cultura. Le concentrazioni necessarie per ottenere in vitro l'azione sui micro-organismi corrispondono alle concentrazioni per i diversi preparati, che anche in vivo e cioè nel siero del sangue sono

necessari per ottenere clinicamente l'effetto: quindi l'azione di questi medicamenti in vitro e in vivo è identica e sarebbe confermata dalla presenza di gonococchi sulfamido-resistenti che si riscontrano sia in vitro che in vivo. L'esame delle qualità terapeutiche di taluni preparati sulfamidici sulle colture rileva una concordanza d'azione in vivo. L'autore ritiene che il meccanismo di azione sia basato su una alterazione diretta a carico dei germi e non in un aumento della forza di difesa. Il processo di guarigione avverrebbe in due fasi: il medicamento raggiungerebbe il germe patogeno a carico di una molecola albuminica dell'organismo e dalla quantità di questo medicamento dipende la possibilità di aggredire direttamente i gonococchi.

Nella seconda fase questi verrebbero definitivamente distrutti dai poteri di difesa dell'organismo. A me sembra che allo stato attuale non sia possibile precisare con sicurezza il vero meccanismo di azione dei preparati sulfamidici; sicuramente vi deve essere una azione antibatterica, ma in tale azione l'organismo vi dovrebbe partecipare in una forma o in un'altra.

CRITERI GENERALI PER I PAZIENTI SOTTOPOSTI A CURE SULFAMIDICHE.

Ritengo opportuno parlare in generale dei precetti igienici per evitare l'insorgenza di intolleranza a carico dell'organismo. È necessario però fare una considerazione sul tipo dei malati trattati e cioè se questi sono degenti in ospedale o se trattati ambulatoriamente. Questa discriminazione è di notevole importanza poichè è noto come per gli ambulatoriali che continuano ad esercitare la loro attività, l'indice di tolleranza è inferiore e ciò dovrebbe essere tenuto in considerazione dai vari autori che si occupano dell'argomento.

È necessario effettuare un'anamnesi accurata per accertare l'eventuale preesistenza di disturbi a carico del fegato e dei reni poichè in questi è se consigliabile una cura sulfamidica o se va attuata si deve procedere con la massima cautela e prudenza.

In soggetti di costituzione debole oligoemici od anemici si farà prima d'iniziare il trattamento, un esame emocromocitometrico. Particolare attenzione si porterà su quei soggetti neuropatici.

Non mi sembra superfluo ripetere che i malati che praticano cure sulfamidiche — tutti preparati in commercio possono dare fenomeni d'intolleranza — devono essere sottoposti ad un controllo quotidiano da parte del medico.

I preparati sulfamidici non devono essere consegnati se non dietro regolare prescrizione del medico in cui risulti anche scritto chiaramente la posologia.

Si deve raccomandare e ripetere più volte al malato di non prendere durante il trattamento altri medicamenti di qualsiasi natura; e non sarà inopportuno specificargli i gravi pericoli a cui può andare incontro non attenendosi ai consigli del medico.

Proscrivere totalmente i purganti salini (solfato di sodio e di magnesio) e anche le acque minerali specie le saline onde evitare la formazione di metemoglobina.

Bandire le acque arsenicali e tutte le sostanze solforose onde evitare la formazione di solfoemoglobina; tenere presente anche le acque solforose che sono abbastanza numerose in Italia. Secondo Tarantelli vanno anche evitati i preparati di fosforo.

Per i pazienti che soffrono stitichezza prescrivere olio di paraffina che può essere dato liberamente secondo le necessità individuali e tra i purganti il più innocuo e il più utile, l'olio di ricino.

In molti soggetti che soffrono stitichezza si possono avere fermentazioni intestinali con sviluppo di gas a base d'indolo, fenolo, scatòlo ed idrogeno solforato; bisogna tener presente questa eventualità poichè sono state notate intolleranze dovute a questa ultima gas intestinale.

Tra gli alimenti sono da bandire tutti quei cibi che contengono zolfo quindi niente uova, niente porri, niente aglio che contiene solfuro di allile. In taluni soggetti dispeptici e di difficile digestione per rendere più facilmente tollerato l'uso dei sulfamidici da parte del tubo digerente, si può somministrare del bicarbonato di sodio, se ne può dare fino a 10 grammi pro-die.

Durante il trattamento sulfamidico è necessario favorire la diuresi somministrando abbondanti bevande, poichè in tale maniera i sulfamidici sono meglio tollerati. Fischer sconsiglia l'uso dei sulfamidici contemporaneamente ai salvarsanici così pure in quei soggetti molto deperiti e deboli specie se bambini. Nella donna la posologia dei sulfamidici sarà più prudente così pure, durante la mestruazione, sarà opportuno ridurne la quantità o sospendere.

I sulfamidici possono essere somministrati secondo Müller alle gestanti poichè i neonati non ne risentano danno alcuno e così pure i bambini allattati durante il trattamento.

Attenendosi a questi criteri generali che ho brevemente riportato sarà più facile evitare in molti soggetti l'insorgenza dell'intolleranza.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE.

Dopo aver riportato i casi d'intolleranza più gravi e quindi meritevoli di menzione e di studio, mi sembra opportuno esporre la condotta che deve osservare il medico di fronte a tali casi.

Bosellini in un suo lavoro consiglia di sospendere i sulfamidici alla comparsa di disturbi minimi d'intolleranza; in genere la sospensione li fa subito dileguare a meno che non si tratti di forme gravi. Secondo questo autore talune di queste forme sarebbero dovute ad uso inconsulto dei preparati organici dello zolfo.

Anche Pasini ritiene che i gravi fatti tossici riportati dai vari autori sarebbero dovuti ad una somministrazione incongrua ed eseguiti senza una regolare sorveglianza medica. D'altronde, giustamente osserva il Meineri, questi inconvenienti non sono tali da sconsigliare l'uso dei sulfamidici. Cappelli ritiene che i possibili inconvenienti sarebbero legati soprattutto alle alte dosi o ad eventuali suscettibilità individuali. Questo secondo concetto mi sembra sia bene fondato e collima con i risultati ottenuti dalle mie osservazioni poco numerose, però probative.

Come ho detto più sopra ad eccezione di un caso (poli-neurite tossica) tutti i malati sono stati curati all'ambulatorio di S. Gallicano, circa 300. Bisogna tener presente le numerose difficoltà che deve affrontare il sanitario per poter ottenere un trattamento terapeutico regolare ed un controllo quotidiano da parte di questi malati, i quali non sempre si attengono alle prescrizioni e che spesso purtroppo dimenticano. Si tenga presente inoltre che questi malati non rimangano a riposo, ma proseguono la normale occupazione o lavoro, quindi gli emuntori sono sottoposti ad un maggior carico di lavoro. Ad onta di ciò le gravi intolleranze non sono state numerose.

Un dato di fatto che bisogna notare e tenere nella dovuta considerazione e cioè che tutti i preparati che sono in commercio possono produrre intolleranze sia a dosi elevate, che moderate, come è dimostrato dall'osservazione riguardante la neurite ottica (osservazione 2ª) l'urobilinuria (oss. 4ª) e l'eritema morbilliforme (oss. 2ª) quindi apparato nervoso, apparato epatico, apparato cutaneo.

Questo fatto è stato confermato anche da altri autori recentemente.

Questi dati sono abbastanza probativi perchè mi dilunghi ulteriormente ad enumerarli. Questa constatazione è bene sia conosciuta e tenuta nella dovuta considerazione in modo da essere vigili ed oculati fin dai primi giorni della somministrazione sulfamidica. Si possono cioè avere delle intolleranze in soggetti particolarmente sensibili sia con dosi minime che con dosi elevate.

I vari autori che ho dianzi riportato e che hanno parlato d'intolleranze hanno esposto delle cifre che in Italia sono un poco contrastanti. Beltramini parla del 4 % d'intolleranze riscontrate nei suoi malati. Gardenghi dell'8 %, mentre Muscolino di Catania parla del 17,30 %. Ballarini del 18,60 %. Oro del 25 %.

Per quanto posso affermare io e cioè in base alla mie esperienze su ammalati curati all'ambulatorio tra le intolleranze lievi, medie e gravi si raggiunge la 5ª parte e cioè il 20 %.

Sarà bene per evitare gravi complicazioni che il medico sospenda i sulfamidici alla minima intolleranza e non insista troppo in quei malati in cui purtroppo questi preparati non esercitano alcuna influenza benefica. Lo scopo di ogni buona terapia specie nella blenorragia — malattia prevalentemente a carattere locale — è di uccidere il germe senza ledere l'organismo. Si tenga presente inoltre che ancora non sappiamo se le lesioni, per fortuna non frequenti, indotte nell'organismo dai sulfamidici in taluni organi siano reversibili specie quando gli organi colpiti siano il fegato, il rene, e il tessuto sanguigno.

*
* *

I preparati sulfamidici come ho qui sopra esposto possono produrre sia a dosi elevate che a dosi minime fenomeni tossici, poichè il margine tra dose terapeutica e dose tossica è piccolo. Secondo quest'ultimo criterio parrebbe che per evitare fenomeni tossici sarebbe sufficiente attenersi ad una posologia prudente: taluni autori parlano di tre grammi pro-die; in genere i vari autori sono più o meno d'accordo su questa dose giornaliera. Io però devo fare le mie riserve su questa posologia, poichè le gravi intolleranze che ho riscontrato si sono avute con una dose inferiore a questa. In base alla mia esperienza la dose che può essere usata con una certa tranquillità è di due grammi giornalieri e somministrata con il metodo discontinuo e cioè cicli di cura intercalati a periodi di riposo. Vi sono taluni pazienti che tollerano bene i preparati organici dello zolfo; in questa speciale categoria può essere usata la dose di tre grammi pro-die. Del resto, come ho più volte constatato, in taluni soggetti sono sufficienti poche compresse di sulfamidici per ottenere un effetto terapeutico marcato, tale da far pensare al miracolo!

Questi criteri tuttavia hanno sempre un valore relativo, poichè anche attenendosi a questa posologia prudente, è possibile avere intolleranze come è stato dimostrato in taluni casi da me osservati; quindi è necessario da parte del medico un'accurata sorveglianza nei malati sottoposti a cure sulfamidiche.

Richiamerò brevemente i casi d'intolleranza di ordine generale che ho potuto osservare: cioè malessere generale, abbattimento, astenia lieve o intensa, cefalea nucale o frontale, sonnolenza, nausea, vomito, diarrea, stipsi, sensazione di vertigini, febbre. Di questi disturbi quelli che meritano una speciale menzione ed importanza ed impongono un' osservazione scrupolosa ed un'indagine clinica accurata e

cioè i cosidetti segni d'allarme sono: astenia intensa, cefalea continua, vomito, diarrea e febbre e dolori di stomaco. In questi casi bisogna subito sospendere il preparato sulfamidico e praticare l'esame delle urine ed un esame emocromocitometrico per escludere una lesione a carico degli organi interni. Talvolta in qualche caso se gli esami praticati hanno dato risultato negativo, si può proseguire la cura, però tenendo il malato sotto una continua sorveglianza, facendo esami delle urine e emocromocitometrici ogni giorno. Se non è possibile ciò sospendere subito i preparati. Per quanto riguarda gli accidenti cutanei devo affermare che sono tra i più frequenti ad osservarsi; Oro riporta una percentuale del 10 %; infatti dividono il primato cogli accidenti epato-biliari. Per lo più esplodono improvvisamente e i sintomi premonitori sono lievi o assenti. Parrebbe secondo taluni autori che la lunga esposizione ai raggi attinici sia una causa predisponente, ma ciò non ha trovato conferma. In taluni malati la comparsa dell'eritema è preceduta da senso di prurito e allora sarebbe opportuno sospendere questi preparati in quei malati che presentano pruriti localizzati. Questi eritemi a tipo scarlattiniforme, morbilliforme, orticati, emorragici, dovuti ad una azione vascolotossica, guariscono in breve tempo con la somministrazione di preparati di calcio, cui può essere associata l'adrenalina.

Sarà opportuno sospendere definitivamente i preparati sulfamidici in quei pazienti che abbiano avuto intolleranze cutanee.

Gli accidenti nervosi sono tra i più insidiosi, poichè esplodono repentinamente cosicchè il medico viene a trovarsi di fronte ad una affezione già conclamata: tale il caso della polineurite. I vari autori che hanno illustrato questi casi sono d'accordo nell'affermare che l'insorgenza della polineurite si ha dopo 10-20 giorni dalla cessazione del medicamento. Secondo Schachtter la polineurite sulfamidica è caratterizzata da una diminuzione o abolizione dei riflessi achillei con conservazione dei rotulei senza disturbi — salvo rare eccezioni — della sensibilità, di amiotrofie, e compare dopo tre settimane dalla cessazione del medicamento e si produce dopo l'ingestione di 15-60 grammi di sulfamidici. Nel caso da me descritto ed in un altro caso da me osservato privatamente i disturbi motori erano stati preceduti di parecchi giorni da dolori degli arti inferiori a tipo trafittivo nelle masse muscolari delle gambe. Parrebbe quindi che questi dolori debbano essere i sintomi premonitori della comparsa delle poli-neuriti e perciò allorchè vengono osservati sarà prudente smettere subito l'uso dei sulfamidici per non vedere insorgere questa grave intolleranza nervosa. Secondo Schweres, per evitare l'insorgenza di questi incidenti, non si dovrebbe oltrepassare in ogni trattamento la dose complessiva di 15 grammi. Di fronte a tale intolleranza sarà opportuno istituire subito una alimentazione ricca di vitamine e praticare immediatamente iniezione di vitamina B poi attuare massaggi, elettroterapia e dare in seguito anche preparati stricnici. La prognosi è favorevole; però per ottenere la guarigione definitiva sono necessari vari mesi, da 1 a 6.

Sulla neurite ottica dal lato terapeutico vi è poco da fare. Anche in questo caso sono stati necessari pochi grammi di sulfamidici per provocare questa grave intolleranza. In questo caso che è stato preceduto da disturbi di carattere generale, che avrebbero consigliato la subitanea sospensione del preparato non è stato possibile fare ciò, poichè il malato non ha ritenuto opportuno interpellare il medico. In ogni modo devo ascrivere questa intolleranza ad una particolare sensibilità del paziente. Anche l'altro caso riguardava un giovane che presentava un sistema nervoso labile, cosicchè devo ritenere che in questi soggetti i preparati sulfamidici debbono essere somministrati con molta cautela.

Accennerò brevemente i dati da me rilevati sui disturbi indotti dai sulfamidici nel sangue. Un dato che ho riscontrato in questi pazienti sottoposti a controllo è stata una pressochè costante leucopenia che era in rapporto con le dosi dei sulfamidici propinate e cioè lieve nei trattamenti di breve durata, discreta ed evidente in quelli di lunga durata in cui erano state concesse maggiori quantità di preparati. A ciò faceva inoltre riscontro la presenza costantemente notata di forme immature (metamielociti). Le forme immature sono state riscontrate anche da altri autori (Barbeillon, Lavenant, Garibaldi, Gardenghi, ecc.).

A carico della formula leucocitaria oltre la leucopenia ho osservato neutropenia con linfocitosi relativa. Tutti questi dati mi fanno ritenere che vi sia un'azione inibitrice su centri produttori dei granulociti. Tale azione negativa nei casi da me osservati non ha raggiunto fortunatamente dei valori allarmanti da ricordare il quadro della agranulocitosi.

A carico della serie rossa devo ricordare che ho notato lievi alterazioni e cioè modica anemia. In Francia ed in America sono stati citati numerosi casi di anemia gravi, di cui qualcuno a tipo emolitico e da ciò la grande importanza che viene attribuita da tutti gli autori ad un esame emocromocitometrico ad ogni minima comparsa di manifestazioni di intolleranza.

Non bisogna dimenticare altresì i casi di cianosi da metemoglobinemia o da solfomoglobinemia in genere dovuti a contemporanea ingestione di solfato di sodio e di magnesio. Nei due casi da me osservati e che non ho potuto, per ragioni ovvie, studiare, avevano preso altri preparati salini. Talune di queste for-

me possono essere dovute anche a liberazione di H2S dell'intestino in soggetti affetti da stipsi.

Bany Wood avrebbe riscontrato anemia acuta nel 4 % dei casi trattati e cioè su 522 casi ne avrebbe notati 22; questa sarebbe più frequente nei bambini 8,3 % e minore negli adulti 2,4 %. Come fattore predisponente avrebbe trovato la febbre che secondo questo autore dovrebbe mettere subito in guardia il medico, allorchè la febbre non può essere messa in rapporto con le infezioni in atto. In ogni modo la modica anemia che in qualche caso può assumere la forma emolitica, se pure non vistosa ed incostante, mi fa ritenere che debba esistere un'azione anemizzante dovuta ai preparati sulfamidici. Taluni autori non hanno attribuito la comparsa di forma di anemia a tipo emolitico non ad una posologia imponente o ad una particolare idiosincrasia, ma al fatto che certi soggetti probabilmente fabbricano dal nucleo delle sulfamidi una piccola quantità di un composto tossico agente come la fenilidrazina e che nella formula chimica oltre al gruppo fenile presenta anche il gruppo N. 2 N-N H 2 che fa parte della formula del 1162 F. Per combattere queste forme di anemia da alcuni autori è stato raccomandato il nucleinato di sodio, le trasfusioni sanguigne, gli estratti epatici, i preparati di ferro. Durel consiglia, per prevenire gli accidenti sanguigni, la somministrazione di estratti epatici o di ossalato o carbonato di ferro. Siccome gli accidenti più gravi sono quelli che ci vengono forniti dall'apparato emopoietico, agranulocitosi, anemia emolitica, disgraziatamente casi gravi e mortali, sarà bene che questo apparato sia accuratamente sorvegliato con frequenti esami emocitometrici durante il trattamento sulfamidico.

Gli autori hanno costantemente richiamato l'attenzione sulla frequente compromissione tossica del fegato infatti i 5 casi da me osservati riguardano intolleranze a carico di questo importante emuntorio.

Un dato importante e che è bene mettere subito in evidenza è che le intolleranze epatiche si possono avere sia con dosi modiche di preparati sulfamidici sia con dosi elevate: da ciò la grande importanza di un controllo quotidiano di questi pazienti: sarà bene che spesso ed in qualche caso ogni giorno si faccia la ricerca dell'urobilina nelle urine e in caso positivo smettere subito il trattamento sulfamidico. Sintomi premonitori possono essere disturbi gastrici (inappetenza, dolori di stomaco, ripugnanza per i cibi) associati ad abbattimento o ad astenia. A tali soggetti potrà essere somministrato un colagogo per evitare l'insorgenza di accidenti epatici. Ai pazienti che soffrono di stipsi si somministrerà ogni sera un lassativo blando (olio di paraffina) per evitare ristagni fecali e fermentazioni intestinali con secondaria partecipazione del fegato al processo tossico. Tutti gli autori che hanno citato casi d'intolleranza hanno riportato numerose intolleranze epatiche che per ragioni di brevità mi astengo di elencare. Basti dire che sono le più frequenti e le più numerose. Il medico farà bene ad osservare assiduamente la funzionalità di questo importante organo dell'economia dell'organismo e sospendere la somministrazione dei sulfamidici all'inizio della intolleranza in modo che gli effetti tossici sulla cellula epatica siano ridotti al minimo, poichè allo stato attuale non è ancora possibile precisare se tali danni siano o no reversibili.

L'azione dell'apparato renale dei sulfamidici per per quanto riguarda l'indice di funzionalità è controversa. Secondo gli studi di Emerson e Cutting il preparato somministrato per os passa rapidamente nel sangue e viene eliminato per via renale nella proporzione di circa 80 % e compare nelle urine combinato o immodificato; dopo 24 ore si rinvengono nell'organismo traccie indosabili di sulfamide. Il coefficiente di eliminazione varia da individuo a individuo. L'eliminazione è rapida se il rene funziona bene, ma soprattutto se la diuresi è sufficiente, quindi l'eliminazione è direttamente proporzionale alla diuresi. Stewart G. e I. G. Allen hanno notato che nelle urine si può provocare a temperatura ambiente la precipitazione delle sulfamidi, quindi hanno dedotto che se nel corso del trattamento la diuresi è insufficiente, è possibile la formazione dei calcoli nelle vie urinarie. Barbeillon, Garibaldi, Bouchard e altri autori hanno notato un'azione lesiva a carico dell'epitelio renale. D'altronde altri autori. Lemerie, Laporte, Huguenine, ecc. hanno sperimentato le sulfamidi in talune forme di glomerulonefrite infettiva e ne hanno avuto risultati buoni.

In base alle mie osservazioni posso affermare che non ho riscontrato alcuna alterazione importante a carico dell'apparato renale ad eccezione di qualche lieve albuminuria, che è scomparsa con la cessazione del medicamento.

Durante il trattamento sulfamidico è facile riscontrare la fosfaturia sotto forma di un deposito più o meno abbondante di fosfato di calcio. Ad onta di ciò la fosfaturia è normale, anzi è stata riscontrata una tendenza all'ipofosfaturia, quindi si tratta di una fosfaturia apparente ed il deposito è dovuto ad un aumento del Ph che normalmente è di 5,6 e che raggiunge dei valori che vanno da 6,3 a 7,2. Parrebbe poi che la fosfaturia sia intermittente e manifestantesi in certi momenti della giornata.

A me non sembra che la fosfaturia possa avere un significato patologico per lo meno

quando questa non si manifesti in soggetti molto deperiti.

Ho notato altresì in taluni casi d'intolleranza un aumento del tasso azotemico e ciò dimostra come la permeabilità renale in questi casi sia insufficiente, cosicchè vengono trattenute nel sangue sostanze tossiche. Del resto Marzhall ha osservato che nei renali si raggiunge facilmente la concentrazione sanguigna massima con dosi minime di sulfamidi, e ciò probabilmente è dovuto ad un difetto di eliminazione.

Nei soggetti nefro-pazienti o che abbiano avuto lesioni renali in precedenza i sulfamidici verranno somministrati in modica quantità e nello stesso tempo saranno tenuti sotto un'accurata sorveglianza facendo quotidianamente esami qualitativi e quantitativi dell'urina. Allorchè durante il trattamento compare un'albuminuria sarà prudente sospendere l'uso dei sulfamidici oppure ridurre le dosi e osservare assiduamente l'ulteriore decorso. Il sanitario deve tener presente che specie per cure prolungate l'apparato renale — organo principale di eliminazione — difficilmente potrà rimanere indifferente, perciò farà bene a tenere sotto una costante osservazione la perfetta funzionalità di questo importante emuntorio.

Aggiungerò poche parole circa gli accidenti testicolari poichè i vari autori che se ne sono occupati non sono completamente d'accordo per lo meno sull'ammissibilità delle lesioni anatomiche.

Gli autori francesi hanno notato turbe della spermatogenesi (diminuzione di più della metà degli spermatozoi e della motilità, presenza di forme anormali, forme immobili accresciute) cui ha fatto riscontro l'assenza di lesioni testicolari al lavoro anatomico. Secondo questi autori queste turbe persistevano per 4-5 settimane. In Italia alcuni autori se ne sono occupati e avrebbero riscontrato turbe della spermatogenesi transitorie e di modica intensità possibili anche con dosi lievi di sulfamidici. Io ritengo che questo capitolo abbia ancora bisogno di osservazioni più numerose e di ulteriori controlli, cosicchè allo stato attuale non è ancora possibile emettere un giudizio definitivo.

RIASSUNTO.

1) I preparati sulfamidici sono dotati di una indiscussa efficacia terapeutica che varia però da individuo a individuo.

2) I preparati sulfamidici sono dotati di una tossicità relativamente elevata poichè la soglia tra dose tossica e dose terapeutica è minima.

3) Le intolleranze possono essere: 1° di ordine generale, 2° cutanee, 3° nervose, 4° sanguigne, 5° epatobiliari, 6° testicolari. Noi abbiamo potuto osservare le seguenti intolleranze: un'eritema morbilliforme, un'eritema orticato, una polineurite (forma menoplegica), una neurite ottica, tre casi d'ittero, due casi di urobilinuria.

4) Tutti i preparati sulfamidici possono dare intolleranze sia gravi che lievi, sia con dosi minime sia con dosi elevate, sebbene più frequentemente con le seconde e ciò in rapporto con una speciale sensibilità dell'individuo.

5) I preparati sulfamidici debbono essere somministrati sempre sotto il controllo quotidiano del sanitario e devono essere consegnati solo dietro esibizione di ricetta medica e con regolare posologia.

6) Sarà bene a fine di evitare l'insorgenza d'intolleranza, attenersi ad un'igiene scrupolosa proscrivendo — salvo rare eccezioni — ogni altro trattamento contemporaneo.

7) Somministrare i sulfamidici secondo il metodo discontinuo (cicli di cura di 5 o 6 giorni alternati con altrettanti giorni di periodo di riposo) e non superare mai i due al massimo tre grammi di sulfamide pro-die, ed effettuare almeno una volta, durante il trattamento, un esame emocromocitometrico e spesso esami delle urine.

8) Sospendere subito i preparati sulfamidici allorchè intervengano sintomi d'intolleranza.

BIBLIOGRAFIA.

1. BARBEILLON e GARIBALDI. La Presse Medicale, n. 49, 18 giugno 1938.
2. BELTRAMINI. Giornale It. Dermat., fasc. II, 1938.
3. BUCY. The Journ. Amer. Medic. Assoc., pag. 1007, 25 settembre 1937.
4. BUTTLER E. C. Clin. Journ., 67, 201, 204, maggio 1938.
5. BOSELLINI P. A. Progressi di Terapia, 1938.
6. DI GIORGIO A. Giorn. It. Derm., vol. LXXIX, 1938.
7. COLEBROOK, BUTTLE, O' MEARA. Lancet, 231, 1323, 1936.
8. COKKINS. Brit. Med. Journ., 905, 1937.
9. CAPPELLI J. Atti XXXI Riunione Soc. It. di Derm. e Sif., Roma, 1938.
10. BONCINELLI. Giorn. It. di Derm. e Sif., f. 6, dicembre 1938.
11. ELDAHI A. Ugesk. f. Laeger., 99, 1351, 1354, 16 dicembre 1937.
12. EULER H. E. Münch. Med. Wochns., 85, 623, 625, 29 aprile 1938.
13. FERRARO D. Le Forze Sanitarie, n. 1, 1939.
14. ID. Le Forze Sanitarie, n. 3, 1939.
15. FRANCK. The Journ. Amer. Med. Ass., 25 settembre 1937, pag. 1011.
16. DOGALI M. Il Policlinico, Sez. pratica, vol. XLV, 1938.
17. GOUVERNER, A. JAUBERT, CH. MOTZ. Bulletin de la Soc. Fr. d'Urol., 21 febbraio 1938.
18. GOODMANN e LEVY. Journ. Amer. Medic. Assoc., 109, 1009, 1937.

19. Gardenghi G. Il Dermosifilografo, n. 1, gennaio 1939.
20. Kock. Dermat. Wchnsch., 106, 103, 105, gennaio 1922, 1938.
21. Hoare. Lancet, 234, 665, 1938.
22. Hüllstrung e Krause. Deut. Med. Woch., n. 4, 1938.
23. Heitz Boyer, Nitti e Tréfouel. « B.S.F.D. », 1899, 1937.
24. Janet. « A.M.V. », 33, gennaio 1938.
25. Haios K. Gyogyaszat, II, 334, 23 maggio 1937.
26. Hogan B. W. e Namara P. J. Ns. Nav. m. Bull., 36, 60-61, gennaio 1938.
27. Jones C. C. Journ. Iowa M. Soc., 28, 144, 146, aprile 1938.
28. Lévy L. Gyogyaszat, 77, 274, 276, 2 maggio 1937.
29. Landini. Riforma Medica, 44, 28, 1938.
30. Lavenant. Bull. Soc. Fr. Urologie, 259. 1937.
31. Manganotti G. Riv. It. di Ter., n. 1-2, 1938.
32. Meineri P. A. Il Policlinico, Sez. Prat., n. 16, 1938.
33. Id. Atti XXXI Riun. Soc. It. di Derm. e Sif. Roma, 1938.
34. Montesano V. Il Policlinico, Sez. Prat., n. 7, 1938.
35. Marshall, Cutting, Kendall e Emerson. « J.A. M.A. », 110, 252, 1938.
36. Muscolino M. La Riforma Medica, n. 5, 4 febbraio 1939.
37. Muller. Deutsche Med. Woch., LXIV, 1798, a. 1938.
38. Mattioli M. Riforma Med., 53, 1773-1774, 11 dicembre 1937.
39. Milian. « B.S.F.D. », 1887, 1937.
40. Menville e Archimard. The Journ. Amer. Med. Ass., 1108, 25 settembre 1937.
41. Lohe, Scholszke, Zurn. Med. Klin., n. 1, 1938.
42. Oro. Atti XXXI Riun. Soc. It. di Derm. e Sif., Roma, 1938.
43. Orr. Canad. Med. Ass. Journ., 110, 349, 1938.
44. Palazzoli, Bovet. Press. Med., 99, 1, 1938.
45. Paton, Eaton. Lancet, 1150, 232, 1937.
46. Pasini. Atti XXXI Riun. Soc. Ital. di Derm. e Sif., Roma, 1938.
47. Ravina. Presse Méd., 332, I, 1938.
48. Rotter. Wien. Klin. Woch., 51, 1744, 1937.
49. Schachtter. Gaz. des Hôp., p. 1609, 14 dicembre 1938.
50. Stewart G. M. Rowrke e I. G. Allen. Journ. Amer. Medic. Assoc., III, 23-6-1938.
51. Sezary A. E. Friedmann. Bull. e Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris, 4 maggio 1936.
52. Schreuss. Med. Welt., n. 1, 1938.
53. P. Soulie-M. Moret. Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 54, 444, 446, 21 marzo 1938.
54. Tarantelli. Atti XXXI Riunione Soc. It. di Derm. e Sif. Roma, 1938.
55. Tommasi V. Policlinico, Sez. Prat., n. 18, 1938.
56. Trefouel J. e J. Nitti Bovet. Ann. Inst. Pasteur, 58, 30, 1937.
57. Touraine, Durel, Badouin. « B.S.F.D. », 2072, 1937.
58. Tietze A. Münch. Med. Wchschr., 85, 332-333, 4 marzo 1938.
59. Welch. J. Ped. in Zbl., 58, 437, 1938.
60. Waring J. J. e W. A. Rettberg. Rocky Mountain Med. Journ., 35, 26, 33, gennaio 1938.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sulla splenomegalia con tromboflebite.

Prof. Paolo Mariconda (Roma).

Nel vasto capitolo delle splenopatie esiste una entità patologica che ancor oggi può essere campo di feconde osservazioni di carattere clinico-anatomico. Non si vuole in questa nota riportare tutta la letteratura che esiste in proposito col discuterne le opinioni dei diversi autori italiani e stranieri, ma si vuole soltanto fare una brevissima sintesi riferendo anche un caso occorso all'osservazione non privo d'importanza per il decorso clinico e per alcuni dati di fatto di indole anatomo-patologica.

Le opinioni dei diversi autori sono discordi, si discute cioè se l'alterazione vasale sia primitiva o secondaria alla splenomegalia, si discute sulla interpretazione da dare al tumore di milza specie in rapporto al quadro di altre malattie simili, si discute sulle emorragie delle prime vie digerenti e dello stomaco e sulla loro patogenesi e sul meccanismo di formazione, si discute anche su certi aspetti macroscopici e microscopici dei vasi principali e di quelli minori. Il maggior contributo indubbiamente è stato portato da Eppinger a questo capitolo della patologia della milza.

Questa entità morbosa richiama alla mente degli studiosi molte altre forme simili in cui esistono speciali noduli giallastri che furono ritenuti caratteristici della splenomegalia siderotica descritti nel 1904 da Stengel in casi di anemia splenica con cirrosi epatica, accuratamente descritti anche da Gandy e quindi dettagliatamente da Gamna in casi di splenogranulomatosi. Questa formazione — Gamna-Gandy — istologicamente si presenta come lo stesso Gamna la descrive in uno spesso reticolo di fibrille omogeneizzate con perdita della loro struttura, fragmentazione dei nuclei con affinità per l'ematossilina e per i colori basici con formazione di cellule giganti ad azione fagocitica e con reazioni chimiche rivelatrici del ferro (vedi descrizione); le pareti dei vasi sono colpite da lesioni siderotiche specialmente l'elastica. Sulla etiologia delle lesioni spleniche sembra ormai escluso l'agente parassitario. La splenomegalia tromboflebitica richiama anche il morbo Banti per la descrizione fatta da alcuni autori di un vero processo di fibroadenia a carico della polpa e dei follicoli. Altri Autori distinguono quadri di-

versi, ma rassomiglianti, c'è descritta anche una sindrome ad inizio splenotrombotico con leucopenia, od a inizio piletrombotico intraepatico con trombosi dei rami portali (vedi bibliografia).

Alcuni Autori poi ammettono l'identificazione della splenomegalia tromboflebitica con la sclerosiderotica, mentre altri considerano il processo tromboflebitico come una complicazione (Antonelli fra i recenti lavori) in quanto che malgrado l'intensità delle lesioni a carico della milza, non si trovano tracce di trombosi, senza distinzione, secondo altri autori, di limiti ben rilevabili clinici ed anatomo-patologici; in qualche caso poi vengono descritti insieme i caratteri clinici ed anatomici delle due forme. Gamna p. e. ammette che la tromboflebite può essere una complicazione e pensa che sotto la sintomatologia della splenomegalia tromboflebitica si cela forse una splenogranulomatosi e non ritiene che i due processi abbiano limiti distinti anatomicamente e clinicamente; invece altri Autori ammettono la possibilità di forme anatomo-cliniche autonome ben definite ed in rapporto con una primitiva vascolare in campo spleno-portale (Frugoni).

Ma la interpretazione clinica di alcune forme senza la corrispondente osservazione anatomica potrebbe non essere obbiettiva come del resto anche la sola osservazione anatomica potrebbe condurre ad una errore di giudizio clinico. Quando si pensa e si sa che molti autori hanno negato perfino la malattia di Banti e alcune altre sindromi descritte da altri autori (Marchiafava) basate su osservazioni anatomiche ritenendo le osservazioni soltanto episodiche o speciali di quel dato caso descritto e negandone la dignità e quindi il valore di sindrome clinico-anatomica, non può stupirci se alcuni casi di tromboflebite splenomegalica possano essere oggetto di diverse interpretazioni. Anche il caso occorso alla nostra osservazione presenta delle difficiltà per poter stabilire la primitività del processo a carico dei vasi della milza.

STORIA CLINICA

Si tratta di un soggetto N. S. il quale fu ricoverato per alcuni mesi in diversi padiglioni di ospedali e cliniche private ora chirurgici ora medici e che per l'instabilità del carattere non fu possibile mai studiare e curare in modo definitivo, che chiuse la sua vita a casa sua per anemia acuta da ematemesi copiosa e prolungata e di cui fu eseguita solo l'asportazione della milza e di un pezzetto di fegato. L'esplorazione del fegato accurata non lasciò apprezzare l'esistenza dei vasi trombizzati che invece si trovarono, come si vedrà, nella milza.

Dall'anamnesi risulta che il padre morì per emorragia cerebrale all'età di cinquant'anni la madre è vivente e sana. Figlio unico di anni 46, senza tare ereditarie, non soffrì mai di malattia alcuna. Tre anni circa prima della morte in seguito ad una indigestione (parole del paziente) fu assalito da dolori localizzati al quadrante sinistro dell'addome ed alla regione epigastrica, preceduti da anoressia, astenia e quindi nello stesso giorno fu colpito da ematemesi. Il medico curante diagnosticò un'ulcera dello stomaco o del duodeno; ma per quanti esami radiologici fossero in seguito stati praticati non fu possibile localizzare l'ulcera sospettata. Per mezzo di cure adeguate mediche sembrò il soggetto fosse guarito pur rimanendo in lui manifesti segni di stato anemico; in un primo tempo non fu riscontrata febbre. Dopo alcuni mesi della prima emorragia altre ne comparvero quasi improvvisamente. Il paziente si lamentava di iperacidità gastrica, bruciore alla gola, inappetenza, stitichezza, e di noduli emorroidari e di stato febbrile alternato con apiressia fino a 35,7 tanto che fu affacciato il sospetto si trattasse di infezione malarica o di febbre melitense o di altra forma infettiva, ma tutti gli esami furono negativi. In un successivo esame si riscontrò splenomegalia con dolore provocato dalla palpazione ed anche spontaneo specie, dopo un breve affaticamento, dolore che si irradiava alla regione epigastrica fino alla forchetta dello sterno. Perdurando lo stato grave di anemia fu consigliato di eseguire cura climatica prima in collina e poi al mare, ma il soggetto non ne ebbe alcun giovamento anzi a dire del paziente perdette completamente le forze e fu costretto a passare la maggior parte delle sue ore a letto, era in queste condizioni quando ebbi occasione di visitarlo e quindi di seguirne il decorso.

Ecco l'esame obbiettivo nei suoi dati più importanti.

Esame obbiettivo S. N. — Soggetto longitipo estremamente anemico, in discrete condizioni di nutrizione con masse muscolari ben sviluppate, mucose visibili esangui, pulsazione radiale e carotidea frequente e debole (84 pulsazioni), respiro 18, non si rileva nulla al sistema linfatico, torace di forma normale, addome alquanto sporgente con sviluppo notevole del pannicolo adiposo, con cicatrice ombelicale affondata, senza rete venosa addominale, che non si modifica in stazione eretta. L'ascoltazione del cuore e dei grossi vasi fa rilevare qualche soffio anemico, che persiste specialmente dopo qualche lieve sforzo, organi nei limiti normali, tanto quelli circolatori come quelli della respirazione, rispetto al quale nemmeno si rileva qualche dato anormale o patologico. Fegato nei limiti normali, la milza è aumentata di volume specialmente apprezzabile al bordo inferiore, leggermente aumentata di consistenza, con margini arrotondati, duri, lisci, a carico dell'apparato digerente nulla di obbiettivo, però il soggetto accusa senso di ripienezza, di peso con dolore alla regione epigastrica irradiantesi, come si è detto, allo sterno ed alle costole. Nulla si rileva a carico degli altri organi ed apparati.

Le urine raggiungono la quantità di 1500 grammi giornaliera con peso specifico che si aggira in-

torno ai 1018, eliminazione di urea del 12 ‰, cloruri 8 ‰, null'altro c'è di notevole nè di patologico nemmeno nel sedimento esaminato microscopicamente e reiteratamente insieme ad altri esami periodici di urine sia nei giorni di febbre sia nei giorni di apiressia.

Il paziente si alimenta bene secondo le prescrizioni del medico.

Esame del sangue. — Aspetto normale, globuli rossi 2.700.000, emoglobina 25, valore globulare 0,82, globuli bianchi 4300; formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 75, eosinofili 1, basofili 1, linfociti 8, monociti 5, forme di passaggio 5, poichilocitosi, anisocitosi modica con prevalenza degli eritrociti piccoli, nessun elemento nucleato. Piastrine 30.000, reticolociti 12 %.

Negativa la ricerca di parassiti sia nel sangue che nelle feci.

Resistenza globulare: emolisi iniziale 0,42; totale 0,30; glicemia 1,03 ‰. Cutireazione negativa. Intradermoreazione negativa. Wasserman negativa. L'esame radiologico (come si è detto) ripetuto, radioscopicamente e radiograficamente fu sempre negativo; permasero invece *tre dati fondamentali*: emorragia, splenomegalia, febbre alternante; però la palpazione della milza talvolta in un anno e mezzo circa in cui fu tenuto in cura, alla palpazione dette segni di diminuzione di volume, ma non regredì fino al volume normale. La febbre non fu mai costante, ma coincideva a dire del curante con l'aumento di volume della milza pur non volendosi attribuire a questo dato grande importanza. In complesso l'ammalato fu studiato periodicamente per ben 18 mesi, visitato nel suo domicilio, ed in vari luoghi di cura fino all'esito in morte per anemia acuta da emorragie ripetute (ematemesi); fu eseguita solo l'asportazione della milza e di un pezzetto di fegato.

Diagnosi clinica: splenomegalia tromboflebitica, stato anemico.

Esame della milza. — Milza fortemente aumentata di volume non molto deformata di colorito grigiastro con capsula aderente, di consistenza aumentata, con incisioni fetali non bene delimitate, pesa 650 grammi, lunga 14 cm. larga 10 cm. spessa 5 cm., capsula ispessita, vasi molto sviluppati, e di essi un vaso arterioso fortemente ectasico. I trombi si apprezzano più specialmente nei vasi venosi di grande e di piccolo calibro. Alcuni trombi sono recenti, color grigio roseo, di consistenza molle, specialmente quelli che sono nella regione dell'ilo, i vasi venosi di calibro più piccolo sono invece sede di trombi di data più antica, di consistenza compatta, di colorito grigiastro.

La milza alle varie sezioni si presenta di colorito rosso scuro di aspetto non perfettamente omogeneo, giacchè si notano delle rilevatezze di consistenze dure, ma sono evidenti le trabecole disposte normalmente alla superficie di taglio, disposte negli strati superficiali visibilmente apprezzabili, come aggruppamenti di tessuto linfatico, negli strati più profondi invece sono di aspetto reticolare facilmente friabili, alcuni dei follicoli che nella maggior parte sono evidenti e conservati con caratteri fibro-adenico e qualcuno atrofico sembrano limitare le aree siderotiche di Gandy-Gamna; tutta la capsula della milza appare ispessita, ma più specialmente verso i margini inferiori e fra le incisure fetali.

L'esame microscopico conferma l'aumento degli strati capsulari ispessiti per la ricchezza degli strati fibrillari quasi senza soluzione di continuità fra di loro; i cordoni di Billroth sono ricchi di nuclei, di forma allungata con decorso alquanto deviato dal normale a tipo fibroplastico delimitanti i seni cavernosi. Col metodo di Bielschowsky si mette in evidenza il ricchissimo reticolo specie nei tratti parasenali cavernosi così sviluppati da dare l'impressione di comprimere gli elementi circostanti fino a rendere confuso il passaggio tra i diversi tessuti fino all'endotelio di rivestimento. I follicoli che in alcuni tratti appaiono ben sviluppati, in altri tratti si presentano atrofici, ricchi di linfociti con nuclei rigonfi ben colorati con rara cariocinesi. I preparati allestiti coi colori d'argento mettono in rilievo gli elementi della trama, d'aspetto elegante, ma spessa, mentre le fibre elastiche colorate col Weigert appaiono esili anche nei follicoli normali; esse fibre elastiche nelle trabecole sono ispessite e rare; in tutti i campi si nota infiltrazione a tipo linfoide, mentre in altri campi sono evidenti i globuli rossi stravasati. Le aree di Gamna sono anche evidenti con presenza di cellule giganti ricche di nuclei con ammassi emosiderinici. I vasi dell'ilo sono sede di conferma macroscopica dei trombi la cui organizzazione iniziale appare evidente nei vasi di calibro grosso tanto in quello arterioso come in quelli venosi. Lo strato dell'intima è nettamente delimitato con aumento di connettivo con presenza di elementi adulti, con scarsezza di nuclei, con sottili fibre elastiche a forma irregolare nella media, che in alcuni tratti è discontinuata da stravasi sanguigni fino a formare piccole cavità di ampiezza varia comprimenti gli elementi circostanti. Queste sono le osservazioni principali su cui sarà dato soffermarci trascurando le molte altre che non hanno alcuna importanza. Il quadro descritto così sommariamente richiama solo in qualche tratto le alterazioni fibro-adeniche, ma è d'uopo anche dire che richiama quadri simili di altre alterazioni spleniche specialmente per ciò che riguarda le alterazioni vasali descritte per esempio a proposito di affezioni in cui esisteva lunga e grave stasi circolatoria. Anche per quanto riguarda le aree di Gamna non è nuovo il dire che queste formazioni sono state, come si è anzi detto, confermate da altri autori anche in altre alterazioni a carico della milza ed è ormai acquisito che non hanno un carattere di specificità.

Esame del fegato. — L'esplorazione del fegato accurata (non fu permessa l'asportazione totale) non fa rilevare l'esistenza di trombi nel distretto dei vasi. Il pezzetto asportato è di colorito e consistenza normale, la superficie liscia, trama lobulare conservata, la sezione conferma la normalità dell'organo. L'esame istologico dimostra la capsula alquanto ispessita con abbondanza di vasi sanguigni di cui qualcuno neoformato, disegno e architettura ben conservata con dilatazione di qualche vena centrale e qualche neoformazione di vasi biliari. Normali si presentano gli spazi triangolari. Oltre che con i colori classici di ematossilina ed eosina sono stati allestiti dei preparati per la ricerca di plasma-cellule che sono assenti. Negativa la reazione per l'amiloide e per il ferro, null'altro da osservare. Assenza di ascite.

Ancora recentemente anche fra clinici autorevoli Frugoni, Antonelli ed altri si discute se la tromboflebite splenica sia primitiva o secondaria all'alterazione della milza. Antonelli è proclive ad ammettere la secondarietà della tromboflebite alla splenomegalia, considerando la tromboflebite fatto quasi episodico, Frugoni invece ammette la possibilità della primitività della tromboflebite conferendo al quadro descritto la dignità di sindrome splenica tromboflebitica. Vale la pena di riferire quanto scrive Antonelli nella sua pregevole monografia.

« Il constatare l'abnorme sviluppo della vena splenica e dei suoi rami può essere per sè stesso indizio di una trombosi nel suo tratto distale, ma preferiamo nei nostri casi mantenerci alquanto riservati su questo punto, perchè non possiamo escludere che l'imponente aumento di calibro dei vasi venosi sia anche da interpretarsi come eventuale conseguenza dello sviluppo della ricca rete vascolare intrasplenica dimostrata dagli esami istologici. abbiamo nella nostra descrizione insistito sull'aspetto angiomatoide e quasi cavernomatoso di molti tratti nella compagine dell'organo. Ora ammesso in via ipotetica che tale abnorme ricchezza vascolare sia da considerare come elemento intrinseco della splenopatia e che questa intensa congestione non debba necessariamente implicare l'esistenza di ostacoli al deflusso del sangue venoso, nulla vieta di pensare che il sangue proveniente dalla ricca rete di seni, lacune spleniche e capillari ectasici, nel suo corso refluo, distenda progressivamente le vene, in proporzione allo sviluppo della splenomegalia dovendo essere inalveato in copia assai maggiore che nelle ordinarie condizioni di una normale vascolarizzazione splenica. In poche parole, l'elemento congestivo intrasplenico proporzionato alla intensità ed al grado della ipersplenia produttiva, finirebbe per determinare, secondo questa ipotesi, una specie di gigantismo venoso per pure ragioni di meccanica circolatoria, derivanti dalle condizioni idrauliche a monte e non a valle delle vene spleniche. Con lo stesso meccanismo sarebbe ben chiarita anche la genesi delle parziali lesioni a tipo endoflebitico riscontrabili qua e là nelle radici della vena splenica e aggiungendo altre argomentazioni attribuisce al fattore meccanico lo ingorgo della vena porta e delle radici portali ed aggiungendo altre osservazioni ». (Vedi lavoro completo e bibliografia).

Le ragioni cliniche dunque che, da un punto di vista generale, sembrano militare contro il concetto della tromboflebite primitiva sono innanzi tutto la dimostrazione della più o meno notevole precedenza della splenomegalia rispetto agli altri sintomi della forma morbosa, e specialmente delle manifestazioni emorragiche, nella maggior parte delle osservazioni; oltre a ciò la strana coincidenza del quadro ematologico (anemia ipocromica, leucopenia, spesso linfocitosi relativa) con quello che è relativamente caratteristico delle splenomegalie primitive (morbo di Banti, sindromi bantiane) o di altre splenopatie che rappresentano processi morbosi la cui espressione clinica culmina in certo modo nel tumore di milza. Questa coincidenza porterebbe a concludere che l'occlusione vascolare nel campo splenoportale induca le stesse alterazioni ematologiche di quelle cagionate da una splenopatia vera e propria, a meno che non si fosse propensi ad ammettere che la stasi splenica provochi secondariamente disordini analoghi a quelli che conseguono a processi splenici che riconoscono una patogenesi del tutto differente da quella di una semplice congestione passiva. Ciò sarebbe ben lungi dall'essere dimostrato e in ogni modo non costituirebbe nulla più che un'ipotesi.

Le ragioni di ordine anatomo-patologico che non depongono molto a favore dell'origine tromboflebitica della splenomegalia risiedono sopratutto nella impossibilità o nella difficoltà di inserire le varie alterazioni spleniche descritte nel quadro delle lesioni da stasi. A parte la discussione circa la genesi dei noduli di Gandy-Gamna, che possono ritenersi non del tutto inconciliabili con tale origine, lo sono invece quelle altre note istologiche (fibroadenia parziale, iperplasia degli elementi della polpa splenica, neoformazione sia del tessuto reticolare, sia del collageno) che sono *espressione di un processo* irritativo cronico, qualunque ne sia l'origine.

Anche i criteri di ordine sperimentale non sembrano suffragare l'origine tromboflebitica della splenomegalia. Pearce per primo constatò che in seguito alla legatura della vena splenica nel cane la milza andava incontro ad un processo di atrofia. Risultati pressochè analoghi hanno ottenuto, mediante una prolungata legatura della vena splenica, Primban, Foà, Silvestrini, Villaret, Warthin, Rossi, Papilian e Roussu, e più recentemente Tripodi. Ora, per quanto tali risultati sperimentali, come osserva quest'ultimo autore, si sieno ottenuti con la brusca soppressione della circolazione venosa reflua e perciò non possono paragonarsi agli effetti di un processo ad evoluzione

cronica come quello della splenomeglia tromboflebitica, dobbiamo tuttavia riconoscere che in ogni modo non offrono alcun elemento di appoggio alla genesi tromboflebitica di questa ultima affezione morbosa.

Nel caso in esame è molto probabile che la splenopatia esistesse da anni mentre le emorragie comparvero tardivamente. Si può affermare altresì che il tipo delle alterazioni riscontrate a carico dei vasi per ciò che riguarda il processo tromboflebitico, se non per il processo ectasico arterioso, che può avere pure la sua importanza nello squilibrio circolatorio locale, sono alterazioni che danno l'impressione di fatti patologici giovani o per lo meno adulti delle alterazioni a carico del parenchima splenico, dove è evidente il processo di fibroadenia e di iperplasia di alcuni elementi di neoformazione. Confortano questa impressione macroscopicamente la deformazione sebbene lieve delle fessure fetali e della milza nei suoi margini alquanto deformati, la forte aderenza della capsula coll'intenso ispessimento di essa, l'atrofia e l'ipertrofia di alcuni follicoli, mentre a carico dei vasi le formazioni ectasiche, l'ampiezza dei seni venosi con tutti gli stravasi sanguigni danno l'impressione se non la sicurezza che la trombo-endoflebite può essere presa in considerazione come dato di fatto secondario o per lo meno lasciano assai perplesso l'osservatore sul criterio di primitività della tromboflebite. Del resto anche Antonelli (col suo collaboratore Panagia) nel complesso delle sue precise ed attente osservazioni nella chiusa del suo lavoro è soltanto proclive ad ammettere la interpretazione opposta al criterio di primitività.

Ma come osserva anche Antonucci per le splenopatie a proposito di un caso da lui operato, i casi noti sono stati osservati in un periodo avanzatissimo della malattia, e ci sfuggono quindi in modo completo le alterazioni veramente iniziali e il modo di reagire dell'organo splenico al suo primo inizio.

Chi del resto potrebbe sostenere che non si possono avverare i due processi quasi simultaneamente, se si potesse conoscere il punto di partenza dell'affezione che poi va a condensarsi a carico della milza, cioè quale l'agente, quale il primum movens del quadro clinico-anatomico nelle sequele e nella espressione del quadro anatomico quando specialmente come nel nostro caso nessuna malattia infettiva precedette la sindrome presentata dal soggetto: non ci fu in lui malaria, tifo, lues, scottature, ecc. nè processi a carico delle sierose, all'opposto di molti casi studiati da altri autori in cui l'anamnesi poteva essere invocata a conforto di una tesi. Nel descrivere i dati anatomici non si è voluto sopravalutare dunque i dati di fatto osservati per emettere con sicurezza un giudizio in rapporto alla vecchiezza di alcuni elementi a carico del parenchima splenico in contrasto con un criterio di giovinezza di elementi vasali perchè non si potrebbe dare la dimostrazione. Chi può dire quando comincia in un organo interno un processo a carico di un vaso e quali sono le sue fasi ed in quanto tempo si evolvono? Se può essere articolata una brillante discussione di clinica fino a inquadrare nosologicamente una affezione e quindi con sindrome rilevabile da chiunque, io credo difficilmente potrà essere dimostrata anatomo-patologicamente la priorità o la secondarietà di un affezione vasale che accompagna precede cioè o segue una splenomegalia. Invece rimane certo il quadro clinico-anatomico nei suoi sintomi e nelle rilevazioni anatomiche. Circa le emorragie nel caso in esame credo debba prevalere nel loro meccanismo di produzione l'esistenza di lesioni a tipo tromboflebitico e a tipo Fiessinger per cui si ricorda il fattore elastico e di riserba della milza colla ipertensione fino a rottura vasale. Si intende che anche il fattore discrasico ha la sua importanza nel determinismo delle emorragie.

RIASSUNTO.

L'A. a proposito di un caso occorso alla sua osservazione fa una breve sintesi della letteratura al riguardo discutendo sul criterio di primitività delle alterazioni vasali alla splenopatia.

BIBLIOGRAFIA.

ANTONELLI. Comunicazione alla seduta dell'Accademia Lancisiana di Roma (12 luglio 1934-XII).

ASKANAZY M. e SCHWEIZER A. Schweiz med. Woch., t. LVII, n. 33, pag. 777, 1927.

ANTONUCCI. Archivio Italiano di Chirurgia, vol. XVIII, 1927.

AUBERTIN e KINDBERG. *Pathologie de la rate*. Nouveau Traité de Medicine, t. IX, Paris, 1927.

CANTIERI. *La splenomegalia tromboflebitica*. Rinascenza Medica, 1927.

CHRISTELLER e PUSKEPPELIES. *Die pariarteriellen Eisenkalkinkrustationen in der Milz*. Virch. Arch., t. CCL.

D'ARBELA. Rivista di clinica medica, n. 11-12, pag. 415, 1926.

DE VECCHI. Lo Sperimentale, fasc. 3-4, 1928.

EPPINGER H. *Die hepato-lienalen Erkrankungen*. Berlin, Springer, 1920.

FRUGONI C. *La splenomegalia tromboflebitica primitiva*. Arch. di Pat. e Clin. Med., 1924.

ID. *Lezioni di clinica medica*. Roma, L. Pozzi, pag. 395, 1934.

GAMMA C. Giornale della R. Accademia di Medicina di Torino, nn. 1-4, 1922.
ID. Comunicazione all'Accademia dei Fisiocritici in Siena, 31 maggio 1929.
ID. *Sopra le splenomegalie croniche a lesioni sclero-siderotiche*. Archivio di Patologia e Clinica Medica, vol. VIII, fasc. 3°, 1299.
GANDY C. Bull. et Mém. Soc. Anat. Paris, t. VII, (6e serie), pag. 872, 1905.
GREGOIRE e WEIL. *Les gastrorragies et la splenomégalie*. Arch. des maladies de l'app. dig. et de la nutrition, t. XVIII, pag. 601, 1925.
GUCCIONE. Arch. It. di Anat. ed Ist. Pat., 1930.
HIRSCHEELD. *Die splenomegalien*. Kraus-Brugdch, Spezielle Pathologie und innerer Krankheiten, Berlin, 1920
LICHTENSTEIN e PLENGE. Klin. Woch., n. 3, pag. 110, 1934.
MAC NEE J. W. Glasg. Med. Journ., t. CXI, 65, 193, 288, febr. 1929.
REDAELLI e TIMPANO. Bollettino della Soc. Medico-Chirurgica di Pavia, fasc. 6°, 1928.
SOTTI. Lo sperimentale, 1908.
STENGEL A. Amer. Journ. Med. Sciences, LXXVIII, 197, 1904.
WEIL, GREGOIRE e FLANDRIN. Bull. et Mèm. de la Soc. Med. des Hôpit. de Paris, pag. 713, 1927.
ID. Annales d'Anat. pathol., t. IV, n. 6, 1927.

SUNTI E RASSEGNE

MISCELLANEA.

Problemi attuali della tubercolosi.

(G. SCHRÖDER. *Medizin. Klin.*, 2 giugno 1939).

Non è ancora entrata a far parte del bagaglio scientifico di ogni medico la nozione che, dopo l'infezione col bacillo tubercolare — quando si hanno delle manifestazioni morbose — si tratta *sempre* di una malattia generale. Ci dobbiamo abituare al concetto di malattia tubercolare apprenderlo, afferrarlo e comprenderlo. Le malattie a focolaio nei singoli organi, specialmente dei polmoni, non sono che estrinsecazioni dell'infezione generale. Quando, in qualsiasi punto dell'organismo, il bacillo attecchisce in un tessuto, si ha l'infiammazione: il focolaio infiammatorio primario, da cui ammalano, mediante le vie linfatiche, le relative ghiandole. Tale stato patologico viene denominato *complesso primario*; è il così detto I stadio di Ranke, ormai universalmente riconosciuto. Lo si osserva particolarmente ai polmoni, come è naturale dato l'accumularsi delle infezioni aerogene, ma lo si può avere anche in altri punti; così, per la via delle tonsille e dell'anello faringeo, nelle ghiandole del collo, per l'infezione primaria del canale intestinale, nelle ghiandole mesenteriche, ecc., sempre con lo stesso quadro.

È noto che tale focolaio primario, specialmente nell'età infantile, può guarire spontaneamente o, almeno, non dare manifestazioni cliniche. Ma il virus rimane vivente nel focolaio e nelle ghiandole e se ne possono avere delle cacciate nel sangue, per un processo analogo a quello che si ha per le infezioni focali. Questo concetto di bacillemia, che è stata del resto dimostrata da anni, ci aiuta a meglio riconoscere e comprendere il processo morboso.

Per l'infezione primaria e la relativa batteriemia, il corpo infettato subisce delle modificazioni specifiche, cambia la sua capacità di reazione, diventa allergico. Tale aumento di sensibilità si mostra non soltanto di fronte al bacillo, ma anche per stimoli non specifici (parallergia); vi sono, di fatto, individui che costituzionalmente hanno una tendenza alle reazioni di sensibilità, (pan-allergici). Secondo l'A., tale ipersensibilità è equivalente all'aumento di resistenza contro il germe, il che è da interpetrarsi nel senso che col passaggio del germe nel sangue l'organismo è in grado di filtrare i germi nei tessuti e di evitare quindi che vi esplichino un'azione patologica. Essi possono rimanervi latenti o, più spesso, determinarvi piccoli focolai che guariscono. Così accade per la maggior parte dei casi nell'infanzia; ma non è sempre così, chè altre volte i bambini intristiscono ed hanno lievi temperature; oppure si ha il quadro della scrofolosi, o malattie cutanee (lichen, lupus e soprattutto eritema nodoso); si possono anche manifestare focolai osteo-articolari od oculari, oppure alterazioni infiammatorie delle articolazioni (reumatismo di Poncet). Il bacillo tubercolare è stato trovato spesso nel sangue da Löwenstein e dalla sua scuola, il che non è confermato da altri; ad ogni modo, si deve ammettere che il bac. tub. circola nel sangue non molto raramente e può determinare delle reazioni infiammatorie allergiche.

Particolarmente importanti sono le infiammazioni delle sierose, specialmente della pleura ed è questa manifestazione che può dominare il quadro della malattia generale in tale primo stadio; nella sua maggiore estensione, si ha la polisierosite. Ogni pleurite, pertanto, dovrà essere considerata eziologicamente come un'infezione tubercolare e trattata in conseguenza, a lungo ed in sanatorio, potendosi in tal modo allontanare la minaccia di una tubercolosi metastatica degli organi.

Avvenuta l'infezione del sangue, il germe può rimanere in stato di latenza negli organi e, se lo permette la condizione di allergia, determinare delle manifestazioni morbose. Sono così note delle infiammazioni dell'endocardio e del miocardio, del fegato; vi sono anche delle bacillurie che non portano necessariamente a malattie tubercolari progressive dei reni, come l'A. ha anche osservato in forme polmonari miliariche relativamente benigne.

L'infezione tubercolare generale determina dei disturbi del sistema nervoso vegetativo, con manifestazioni da parte degli organi cir-

colatorî, gastro-intestinali e del comportamento psichico; nei pan-allergici, si possono avere accessi di asma bronchiale. Si ha così un quadro morboso con disturbi funzionali di vari organi e sistemi, con sospetto di tubercolosi, anche senza che la radiologia indichi nulla di morboso ai polmoni.

Queste manifestazioni dell'infezione primaria hanno assunto oggi uno speciale significato, poichè il suo avvento si viene spostando sempre più verso gli anni dello sviluppo e dell'età adulta, molti ritengono che anche in tale periodo della vita, l'infezione primaria decorra con la stessa relativa innocuità che all'età infantile. Le osservazioni fatte per un lungo periodo dall'A. lo portano a dubitare di questo modo di vedere, poichè accade sempre più spesso di veder decorrere il focolaio primario nei giovani con il quadro di una grave malattia acuta, specialmente nei polmoni e con tendenza alla fusione. Ciò può spiegarsi col fatto che un organismo al massimo del suo sviluppo, con un ricambio organico ben diverso che nell'età infantile, con diversa funzione degli organi endocrini e ben più influenzabile dagli stimoli esterni, reagisca al bacillo tubercolare in modo diverso che un bambino.

La così detta resistenza all'infezione.

È nota la dottrina che l'infezione primaria verificatasi nell'età infantile protegge, nell'età adulta, da ulteriori reinfezioni esogene. Sebbene essa abbia degli oppositori, l'A. la ritiene giustamente aderente ai fatti e lo dimostra anche con vari esempi; fra questi sono anche da includere le osservazioni di autori nordici del decorso acuto che prende l'infezione tubercolare, la quale si manifesta in individui che erano prima tubercolino-negativi.

Il focolaio primario d'infezione può, in tutti i periodi della vita, portare a disseminazione nel sangue e dare dei nuovi focolai dovunque e specialmente nei polmoni, focolai che decorrono a mo' d'infiammazione secondo la disposizione allergica, dando luogo al quadro di infiltrato. Per il progredire della malattia, ha grande importanza la localizzazione apicale del focolaio, ciò che viene oggi misconosciuto da molti.

Ammesso che sia possibile — e l'A. lo ammette senz'altro — che l'infezione nell'età infantile provochi un aumento di resistenza con le successive reinfezioni — esogene od endogene — appare pure possibile di proteggere mediante la vaccinazione gli individui ancora indenni da tubercolosi; essi potranno così arrivare all'età dello sviluppo in uno stato artificialmente modificato rispetto al bacillo tubercolare e resi allergici in modo da impedire o rendere meno pericolosa la reinfezione. È però necessario che l'infezione primaria decorra in modo del tutto benigno e fornisca una reale protezione. L'A. cita, a tale proposito la larga esperienza fatta in Francia, Olanda, paesi nordici, ecc. col BCG di Calmette ed accenna alle prove fatte con bacilli uccisi; ma non cita affatto il nostro Maragliano, che della possibilità della vaccinazione antitubercolare è stato il primo assertore fino dagli ultimi anni del secolo scorso.

L'A. ha allestito un vaccino contenente anche estratti di timo ed ha ottenuto un'attivazione favorevole del sistema reticolo-endoteliale, delle modificazioni allergiche ed una protezione contro la malattia. Altri autori hanno ottenuto buoni risultati con bacilli morti ed inglobati in paraffina ed è da sperarsi che nel futuro si trovi la soluzione di questo assillante problema.

Per quanto riguarda la diagnosi precoce, importanti sono le radiografie in serie di gruppi di popolazione, con cui si riesce a scovare spesso delle forme latenti. Anche la ricerca microscopica del bacillo con i nuovi metodi (trattamento con auramina e microscopio fluorescente) potrà costituire un buon sussidio.

Con la diagnosi precoce, viene a modificarsi la prognosi, perchè il malato può curarsi in tempo, ciò che anche oggi non sempre accade; e, di fatto, le statistiche dimostrano che con i metodi attuali di cura (collassoterapia), i risultati duraturi sono aumentati soltanto del 30 % in confronto dei tempi in cui si faceva la sola cura igienico-dietetica. Del resto, i risultati che si ottengono con questa, eventualmente appoggiata dalla terapia specifica e chemio-terapica, possono essere così favorevoli da indurre a considerare, caso per caso, se sia sempre necessaria o meno la collassoterapia. Non sono pochi i casi di infiltrati infiammatori portati a guarigione duratura con la sola cura sanatoriale. Questa è anche utile per l'avviamento alla cura di lavoro, che dovrebbe essere sistematicamente introdotta.

Il punto nodale della questione della lotta contro la tubercolosi rimane la diagnosi precoce, seguita da un trattamento adatto e sufficientemente prolungato, in modo da consolidare i risultati ottenuti. *fil.*

La malaria nei reduci dall'A. O. I.

(G. PANSINI. *Rivista di Malariologia*, P. I., 1939, n. 1).

È uno studio eseguito su di un materiale insolitamente copioso: 3325 malarici ricoverati nell'Ospedale « Alessandro Mussolini » di Aversa per i lavoratori reduci dall'Africa Orientale Italiana.

I malarici costituirono circa la metà dei 7400 ricoverati nell'Ospedale, il che prova quale posto assuma l'infezione malarica nella patologia delle nostre colonie.

La pubblicazione del Pansini, direttore dell'Ospedale, reca rilievi e considerazioni inte-

ressanti. Ci limitiamo ad alcune segnalazioni.

Riguardo alla distribuzione, sulla scorta dell'anamnesi condotta sistematicamente, la malaria risulta molto diffusa; predilige i bassopiani, ma si presenta allo stato autoctono fin verso i 2.000 metri di altitudine, il che conferma i dati raccolti dalla Missione dell'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava ».

I reperti ematici dettero 19 % di infezioni da *falciferum* e 81 % da *vivax;* non si riscontrarono infezioni da *malariae.*

Le forme cliniche osservate, tutte recidive, sono state quasi tutte miti. L'anamnesi accertò che, in un certo numero di casi, erano avvenute manifestazioni primitive relativamente gravi, riguardanti sopratutto l'ipertermia, il delirio e qualche volta l'anemia: non frequenti erano state le manifestazioni organopatiche, espressione tipica di forme perniciose.

Le manifestazioni gravi però non si sono ripetute nei ricoverati, il che può mettersi in rapporto con le cure tempestive eseguite.

Le milze risultarono quasi sempre ingrandite; ma di rado raggiunsero un grado alto; frequenti furono le epatomegalie modiche; frequente lo stato di deperimento e di anemia secondaria.

La profilassi medicamentosa, che era stata fatta eseguire regolarmente dai nostri medici coloniali, ha certo contribuito a tenere in freno l'infezione. Tutto ciò si legittima una tranquillità nei riguardi della malaria in Colonia.

Malgrado le cure, non si prevengono con sicurezza le recidive: la malaria esige il suo tempo per guarire e nessun medicinale può chiudere per crisi il ciclo della malattia. È possibile invece d'influenzare i singoli accessi e d'indurre modificazioni benefiche sulle condizioni generali.

Sono riferiti 2 casi farmacoresistenti, uno dei quali da infezione doppia, l'altro da *vivax;* nei due casi furono usate la chinina e la surrenasi; nel primo anche l'atebrina e nel secondo lo stovarsolo.

Come complicazioni, sono registrati 5 casi interessanti di neuromalaria, e cioè due di neuriti, uno di polineurite con manifestazioni pseudo-tabetiche e 2 sindromi parkinsoniane complicate a manifestazioni varie.

Il fatto più notevole, nei riguardi sociali, è che venne conseguita la reidoneità al lavoro in 3513 casi, mentre solo 12 furono dimessi con idoneità parziale (9 casi) ovvero con giudizio di incapacità al lavoro (3 casi). Questi risultati lusinghieri ed insperati costituirono l'espressione di un'opera utile ed efficace di assistenza.

A. P.

Enervazione senocarotidea.

(LEGER. *Journal de Chirurgie,* fasc. 2, 1939).

Premesso che l'enervazione sinusale deve essere realizzata a livello della terminazione dei nervi nella biforcazione della carotide e non a distanza, l'A. descrive i particolari della tecnica da lui usata in sette casi. In anestesia eterea o, preferibilmente, in anestesia locale, si pratica un taglio simile a quello che si usa per la legatura della carotide esterna messa allo scoperto la faccia anteriore della biforcazione, qualunque sia l'anestesia adoperata, è indispensabile infiltrare con qualche cmc. di novocaina senza adrenalina l'avventizia vascolare per impedire i facili fenomeni di collasso durante le manovre di distacco dell'avventizia stessa.

Si traccia una incisione ad Y che interessi l'avventizia delle tre arterie (carotide comune, esterna ed interna) per un centimetro al disopra ed al disotto della biforcazione, e si procede allo scollamento dell'avventizia sulla faccia anteriore. Ciò fatto; ruotando di 90° le due carotidi, dall'avanti all'indietro la carotide esterna, dall'indietro all'avanti la carotide interna, con l'aiuto di due lacci di gomma preventivamente passati sotto i vasi, si mette bene in evidenza la faccia posteriore della biforcazione e l'angolo dietro posteriore nel quale è innicchiato il glomo carotideo. Sezionati i nervi del polo superiore ed i vasi del polo inferiore della ghiandola, essa viene in totalità asportata insieme al tessuto avventiziale di cui si è completata la dissezione nella faccia posteriore delle carotidi. L'operazione va condotta di regola bilateralmente ed è preferibile operare in due tempi intervallati di una o due settimane.

Gli effetti fisiologici dell'asportazione del glomo carotideo sono, per constatazione pressochè unanime, del tutto scarsi e transitori; le indicazioni all'operazione si riassumono specialmente in due: epilessia ed ipereflessività sinusale. Nell'epilessia l'operazione è specialmente indicata nell'età giovane, e sempre quando si tratti di epilessia essenziale. I risultati di circa 80 casi della letteratura sono buoni in una discreta percentuale; l'età avanzata e sopratutto l'ipertensione costituiscono controindicazione.

Nelle sindromi di iperreflessività sinusale l'operazione è indicata sopratutto nelle forme a manifestazioni cerebrali in cui la terapia medica è nulla o quasi; i successi raggiungono circa l'85 % dei casi operati.

CARABBA.

Considerazioni su interventi per nevralgie del trigemino.

(F. D'AJUTOLO. *Rivista Oto-neuroftalmologica,* marzo-aprile 1939).

I metodi chirurgici più comunemente usati nella cura della nevralgia del trigemino sono la neurotomia retrogasseriana per via trans temporale e l'iniezione di alcool nel ganglio di Gasser attraverso il foro ovale.

L'A. ha assistito il compianto prof. Cavina in oltre 120 neurotomie e 100 alcoolizzazioni

e ne ha operati egli stesso 9 con la neurotomia e 10 con l'alcoolizzazione.

Per la tecnica della neurotomia, che egli riferisce dettagliatamente, mette in evidenza l'emostasi dell'arteria meningea media fatta mediante introduzione a forza nel foro spinoso della punta smussata di uno stuzzicadente cilindrico di legno e l'anestesia del ganglio prima di procedere alla sezione.

L'operazione è ben sopportata anche da malati di età avanzata (anche oltre 75 anni). La mortalità operatoria è minima: nella statistica di Adson 1/2 %, in quella Frazier 0,37 per cento, in quella di Cushing 0 %, in quella di Cavina 0,80 % e si tratta di statistiche ampie perchè quella di Adson riguardava 387 operati, quella di Frazier 209, quella di Cushing 912 e quella di Cavina 124.

È controversa la questione se la radicotomia debba essere radicale o parziale. La radicotomia parziale può rendere molto difficoltoso un successivo intervento per radicotomia totale in caso di insuccesso della prima operazione; allora questo secondo intervento va fatto per una via diversa da quella usata nel primo. Per questo è meglio sempre tentare l'alcoolizzazione prima di intervenire.

L'alcoolizzazione non si deve mai fare se, introdotto l'ago nel foro ovale, il paziente non avverte un dolore vivissimo al III ramo e anche qualche volta al II del trigemino, a meno che non si possa fare un controllo radiografico della posizione dell'ago. Comunque, prima di iniettare l'alcool bisogna aspirare per assicurarsi di non aspirare sangue nè liquor. L'iniezione dev'essere lentissima, e dura a volte 20 minuti. Si deve sospendere l'iniezione al primo accenno di cefalea e la quantità iniettata va da 1/2 a 3 c. c.

L'alcoolizzazione è il metodo di elezione; ma la neurotomia è necessaria quando l'alcoolizzazione non si è potuta condurre a termine o ha dato miglioramento transitorio. A queste indicazioni della neurotomia l'A. ne unisce un'altra, risultante di osservazioni da lui fatte: l'ampiezza notevole del foro ovale, di cui non c'è menzione nella letteratura e di cui l'A. illustra anche con radiografie due casi. In questi casi l'anestesia o non riesce o è di scarsa durata. L.

La trasfusione del sangue conservato.

(A. Grimberg. *La Presse Médicale*, 22 aprile 1939).

L'O. osserva che lo studio della trasfusione del sangue conservato ha fatto in questi ultimi tempi dei reali progressi.

Dopo un breve cenno storico, l'A. passa a considerare le migliori condizioni di conservazione, le quali devono tendere a conservare al sangue tutte le sue qualità naturali sia nel plasma che negli elementi figurati. Per ciò avrà grande importanza l'asepsi, la conservazione e la diluizione. Gli anticoagulanti non hanno tutti lo stesso valore dal punto di vista della conservazione del sangue e bisogna distinguere le proprietà anticoagulanti da quelle conservatrici.

Il siero I. H. T. dell'Ist. di Ematologia e di Trasfusione di Mosca è il più comunemente usato (Russia, Spagna); esso si mescola al sangue in parti uguali al momento dell'impiego.

Il citrato di sodio si adopera al 3-4 gr. per 1000; è eccellente anticoagulante e conservatore.

Altri metodi impiegati sono: il siero fisiologico citratato che non ha dato però buoni risultati dal punto di vista della conservazione; il siero glucosato che permetterebbe, secondo alcuni AA., un più lungo tempo di conservazione; l'eparina, ancora allo studio. Altri anticoagulanti sono in esperimento quali il sangue defibrinato e il sangue disseccato.

Dopo alcune considerazioni sulla biologia del sangue conservato, l'A. osserva che il tempo di conservazione varia da un lato a seconda delle cure portate nel raccogliere e nel conservare il sangue, dall'altro a seconda del liquido conservatore. Quantunque il tempo di conservazione vada da un massimo di 34 gg. (soluzione glucocitratata) ad un minimo di 10 gg. (siero fisiologico citratato), l'A. raccomanda di non sorpassare il limite di 10 giorni anche con una conservazione eccellente.

Per la raccolta del sangue l'A. raccomanda l'impiego di strumenti sterilizzati dopo una pulitura estremamente minuziosa, e la massima cura nel mischiare il sangue col citrato.

Il maggior numero degli accidenti (d'altra parte leggeri) sono dovuti ad impiego di sangue che ha contenuto dei coaguli, anche se si abbia avuto cura di eliminarli per mezzo di filtrazione.

Quantunque numerosi problemi restino ancora in sospeso, l'impiego come anticoagulanti del siero I. H. T. e di quello al citrato di Na hanno dato attualmente i migliori risultati e possono essere correntemente impiegati. Bagdasaroff dà una statistica di 6345 trasfusioni senza incidenti (2790 al citrato; 2074 a l'I. H. T.; 1481 con altri mezzi di conservazione); Balakowski e Gunsbourg hanno praticato 516 trasfusioni senza incidenti; i centri di Burgos e di Barcellona più di 1000; Jeanneney parecchie centinaia e così pure Tenconi e Palazzo.

Queste statistiche mostrano l'innocuità del metodo e la necessità di studiare i mezzi pratici d'applicazione.

La trasfusione del sangue conservato però, quantunque abbia le stesse indicazioni della trasfusione del sangue fresco, non deve essere adoperata che quando non sia possibile l'impiego di quest'ultimo.

S. F.

Cancro e ferite di guerra (a proposito di 4 casi).

(CLAVELIN CH.-LACAUX M. *Revue de Chirurgie*, fasc. I, 1939).

Controversa tuttora, ma sempre dibattuta la questione della possibile filiazione del cancro in tutte le sue forme, da una regione precedentemente traumatizzata e quindi anche da una cicatrice. E poichè proprio ora si vanno compiendo 15-20 anni (che normalmente si riscontrano fra il momento della ferita e la comparsa del tumore sulla cicatrice) delle ferite della grande guerra, il problema riappapare, può essere, in tutta la sua importanza. Dovremmo quindi essere vicini alla fase critica in cui le antiche ferite di guerra, cicatrici e fistole, dopo un silenzio più o meno perfetto di 15-20 anni, sono suscettibili di presentare delle degenerazioni maligne. E se questo è vero per i traumatismi di guerra questo potrebbe essere in un domani anche per gli infortuni traumatici della pratica civile, dato il rapido sviluppo della industria moderna. Già fino dal 1918 l'associazione francese per lo studio del cancro si occupò della responsabilità dei traumatismi di guerra nella genesi delle neoplasie e ammise che vi potesse essere una relazione di causa. Successivamente numerose sono state le osservazioni pubblicate di neoplasie insorte in seguito a ferite di guerra e vengono riportate quelle pubblicate in Francia (una decina) insieme a quelle (sette) della pratica civile. Gli AA. riportano quattro loro osservazioni personali di ferite di guerra sulla cicatrice delle quali si è instaurato un processo maligno. Concludono gli AA. che tutti i casi del genere riscontrati debbono essere resi noti, poichè a parte l'interesse teorico indubbio, può essere stabilita una sorveglianza più assidua dei feriti nella fase critica, con un miglioramento chirurgico o fisioterapico delle cicatrici deturpanti, esposte o escoriate, se veramente costituiscono un grave pericolo. Si avrebbero allora nuove indicazioni al trattamento dei reliquati in apparenza benigna della chirurgia di guerra.

G. BENDANDI.

L'estrazione di proiettili o di corpi estranei dal cuore. Risultati lontani (dopo 20 anni) e considerazioni.

(R. LE FORT. *Presse Médicale*, 26 marzo 1939).

Lo studio si basa su 9 osservazioni personali di estrazioni di corpi estranei dal cuore eseguite all'epoca della grande guerra. In 7 casi si trattava di corpi estranei della parete cardiaca ed in due casi di proiettili endocavitari.

Dei due ultimi operati uno morì a breve tempo di distanza dall'intervento. Tutti gli altri sono ancora viventi dopo più di 20 anni ed il loro stato è in generale molto soddisfacente. In base a tali dati l'A. può trarre le seguenti conclusioni: la prognosi lontana *quoad vitam* nei soggetti che hanno superato con successo l'estrazione di un proiettile dal cuore è eccellente. La prognosi funzionale è soddisfacente.

Queste considerazioni prognostiche fanno porre sul tappeto altri interessanti problemi. È opportuno estrarre un proiettile dal cuore o conviene abbandonarlo a se stesso? Quali sono i pericoli per la presenza di un tale proiettile e quali quelli che comporta la loro estrazione? In base alla propria esperienza ed a quanto risulta dalla letteratura medica, l'A. ritiene che i proiettili liberi nelle cavità del cuore possano essere causa di così gravi pericoli per il paziente, che la loro ablazione è doverosa.

Invece i proiettili della parete del cuore hanno una prognosi molto più favorevole. Essi restano infossati nel muscolo senza provocarvi lesioni anatomiche rilevanti. La loro presenza è accompagnata generalmente solo da disturbi più o meno accentuati; talvolta è però fonte di preoccupazioni assai spiccate per il paziente che possono giungere sino ad un vero stato di psicosi.

Pertanto i proiettili molto piccoli potranno essere abbandonati se bene tollerati fisicamente e moralmente; è invece indicato togliere quelli voluminosi e quelli che provocano disturbi fisici e morali di una certa entità. Occorre tener conto che l'estrazione di proiettili della parete anteriore (orifizi vascolari esclusi) è una operazione relativamente semplice e perciò raccomandabile. Al contrario l'estrazione di proiettili della parete postero-inferiore è una operazione complessa, specialmente se è presente una sinfisi cardio-pericardica. L'A. ritiene inoltre che il pericolo determinato dalla presenza di un proiettile in contatto con i grossi vasi del cuore sia meno grave di quanto comunemente si ritiene; perciò l'indicazione per un intervento in questo caso deve essere posta con estrema prudenza, data la gravità che l'operazione comporta.

Vengono infine esposte alcune direttive riguardanti la condotta chirurgica e la tecnica operatoria: necessità di una breccia operatoria che permetta una ampia luce; separare con estrema pazienza, fibra per fibra, il proiettile dal cuore; utilizzare i procedimenti operatori che permettano di divaricare le coste temporaneamente, dopo sezione della loro cartilagine e degli spazi intercostali, senza asportazione di un tratto di esse; ricostruzione rigorosa della parete toracica al termine dell'intervento.

G. MONTANARI.

Resezione del fegato. Condizioni favorevoli per l'intervento.

(M. TINKER e M. B. TINKER junior. *The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 20 maggio 1939).

La letteratura chirurgica riporta pochi casi di resezione del fegato; testi recenti non re-

gistrano neppure l'intervento. I casi sono così rari che nessun chirurgo ha superato il numero di sei. Il primo caso di Keen risale a 47 anni fa; 40 anni fa lo stesso autore riferiva il suo terzo caso e ne registrava settantasei nella letteratura mondiale. Bastianelli dopo il suo caso del 1895 ha raggiunto la cifra di sei interventi; 95 casi furono comunicati agli AA. per corrispondenza da membri dell'associazione chirurgica americana.

Condizioni favorevoli alla resezione sono le seguenti:

1) i lobi e le suddivisioni del fegato sono nutriti da arterie indipendenti, per cui una sezione può essere asportata senza danno pel resto;

2) ci sono anastomosi libere fra i vasi sanguigni dei differenti lobi, per cui si ha certamente una circolazione sufficiente dopo asportazione di una sezione;

3) la rigenerazione di tessuto epatico asportato è rapida e quasi completa.

Metodi di resezione. L'esposizione più soddisfacente del fegato per un intervento chirurgico si ha coll'incisione di Kocher (incisione trasversa quasi parallela al margine costale). Gli AA. da ricerche sul cadavere videro che la migliore esposizione della cupola diaframmatica destra si ha dividendo la 8ª, 9ª e 10ª costola in corrispondenza della rispettiva cartilagine costale. Se è necessario l'incisione trasversale può essere estesa verticalmente con un prolungamento di incisione verso l'apofisi ensiforme.

L'emostasi è il problema che ha attratto l'attenzione di tutti i chirurghi. Mc Dill ha proposto di farla comprimendo il legamento epatoduodenale con una pinza protetta con gomma e applicata nel forame di Winslow. Anche il Kirschner parla di compressione dei vasi, ma fa notare che la compressione deve essere di brevissima durata, perchè se dura più di un quarto d'ora l'intestino non riesce a riprendere la sua vitalità.

Ricerche sperimentali hanno confermato queste vedute. Quindi la compressione dei vasi si deve limitare ai casi in cui non si può fare altrimenti e può in qualche salvare la vita al malato.

Suture a catena passate per tutto lo spessore del fegato prima di tagliarlo sono state utili a molti operatori. Le legature non si faranno troppo strette per evitare che taglino il tessuto epatico.

L'elettrocauterio è utilissimo per evitare le emorragie. Utile a questo scopo è anche l'uso di omento per ricoprire la superficie di sezione.

L'uso di trasfondere il sangue perduto e raccolto adeguatamente si è dimostrato utilissimo.

La resezione del fegato è stata fatta in tumori benigni (emangioma, cisti da echinococco, gomme, tubercolomi e lesioni distruttive del fegato) e maligni (carcinoma, adenocarcinoma, sarcoma e ipernefroma).

L'estirpazione dei tumori deve essere abbondante, cioè portare ampiamente su tessuto epatico normale. Essa merita di essere tentata anche in tumori maligni. Kane ebbe 2 casi di sopravvivenza dopo 3 anni dall'intervento. Ricerche sperimentali hanno dimostrato che il pinzettamento dell'arteria epatica dà abbassamento della pressione arteriosa, che ritorna rapidamente al normale dopo tolta la pinza, che l'abbassamento della pressione si ha anche quando si bloccano i nervi simpatici con procaina o si strappano i rami simpatici dall'arteria epatica e che la trasfusione del sangue perduto per ferita epatica è utilissima anche se questo sangue contiene bile. L.

Nozioni odontoiatriche importanti per il medico pratico.

(E. WANNENMACHER. *Mediz. Welt*, 15 aprile 1939).

La carie dentaria è un processo cronico-parassitario. Causa determinante è la formazione nella bocca, per opera di batteri, di sostanze chimiche che attaccano lo smalto: soprattutto acidi formatisi dagli idrati di carbonio. Occorre però anche il concorso di fattori costituzionali predisponenti; ad es. la forma dei denti, determinata per eredità. Sia la forma che la disposizione dei denti hanno grande importanza per i cosiddetti « punti di ritenzione », zone cioè difficilmente accessibili alla pulizia naturale (masticazione) ed artificiale, in cui quindi aderiscono per lungo tempo residui alimentari e batteri. Fattori ereditari sono anche importanti per il grado della funzione masticatoria e per l'attività delle glandole salivari. La quantità di saliva influisce considerevolmente sulla efficacia della pulizia naturale dei denti: in casi di cattiva funzione delle glandole salivari (M. di Mikulicz, danni da raggi X) si osserva regolarmente una carie florida che in breve tempo attacca tutti i denti. Tra i fattori esterni che influiscono sulla carie ha particolare importanza l'alimentazione.

La carie è più rara se l'alimento dato richiede una intensa masticazione, perchè allora è più perfetta la pulizia naturale dei denti, sia per l'azione meccanica del cibo che per i più intensi movimenti delle parti molli e per la maggiore secrezione di saliva. Di ciò si deve tener conto soprattutto nella alimentazione dei bambini: uno degli alimenti più utili a tal riguardo è il pane. Lo stato di mineralizzazione dei denti non è un fattore determinante per la carie: denti ben mineralizzati possono cariarsi, denti con forti ipoplasie dello smalto possono restare sani. Sviluppatasi però la carie essa progredisce in modo più rapido e più

distruttivo se i denti sono male calcificati. È perciò importante ottenere una buona mineralizzazione dei denti, questa avviene soltanto durante lo sviluppo del dente. Si curerà quindi a che la madre gravida ed allattante prima, il bambino poi, abbiano una alimentazione sufficientemente ricca di vitamine (A, C, D) e di fosfato di calcio: nel periodo dello sviluppo dei denti si combatterà poi tempestivamente ed energicamente qualsiasi disturbo endocrino e specialmente la spasmofilia. Una buona pulizia artificiale dei denti previene la carie: essa va eseguita radicalmente e di sera per impedire i prolungati processi fermentativi notturni.

Anche se la carie è già arrivata alla polpa, ciò che significa una pulpite e di regola la morte della polpa, il dente può venir conservato. Anche la carie dei denti da latte va otturata, la loro estrazione determina poi anomalie di posizione dei denti permanenti: soprattutto se i molari da latte vengono estratti prima del sesto anno di vita.

Se in un dente cariato la polpa infiammata diventa gangrenosa, cessano i dolori: segue o in breve tempo una paradentite periapicale acuta (guancia gonfia) oppure si sviluppa un processo flogistico cronico intorno alla radice, per lo più senza dar luogo ad alcun sintomo. Nel primo caso la estrazione del dente ammalato può favorire la diffusione dell'infezione. La si praticherà soltanto se con una adatta trapanazione non si riesce a rendere pervii i canali radicolari (e così aprire una via di deflusso alle secrezioni) e se inoltre si ha la sicurezza di poter estrarre il dente con facilità e senza eccessiva violenza. In caso contrario si aprirà una via ai secreti con larghe incisioni oppure si affretterà la formazione dell'ascesso incidendolo poi. Un processo flogistico cronico intorno alla radice del dente può avere importanza come « focolaio infettivo ». Non è facile identificare tali focolai, contribuiscono alla diagnosi le prove di vitalità della polpa, l'esame radiologico ed i « metodi provocatori » (velocità di sedimentazione delle emazie dopo azioni meccaniche od onde corte).

Malattie dell'apparato di sostegno dei denti sono la paradentosi e la paradentite marginale cronica progressiva. La prima forma, piuttosto rara, si osserva soprattutto negli individui ad età avanzata. Si tratta di processi di atrofia senile dei tessuti paradentari, favoriti da fattori costituzionali, da malattie generali e forse anche da disfunzioni endocrine. Terapeuticamente si può ottenere soltanto un rallentamento del processo, con cure locali (massaggio) e generali che riescono a ritardare in modo considerevole la perdita dei denti.

La paradentite marginale cronica è frequente in tutte le età. Si formano delle tasche gengivali che si ingrandiscono distruggendo l'osso e il periodontio. Per lo più si ha secrezione da queste tasche e vi si formano dei concrementi. Profilatticamente sono importanti una alimentazione che richieda buona masticazione e ricca di vitamine C e il massaggio delle gengive. Terapeuticamente è soprattutto necessario allontanare i concrementi subgengivali. La prognosi varia a seconda dello stadio in cui si inizia una terapia adatta: in età giovanile la malattia ha spesso un decorso più rapido. P.

DIVAGAZIONI

L'autista che si addormenta al volante.

L'antico carrettiere dormiva lunghi sonni alla lenta cadenza del passo dei suoi cavalli, sicuro che questi lo conducevano alla meta consueta ed evitavano ogni scontro, tenendo sempre la propria mano.

Quello che appare strano è che l'autista, il quale sa bene che a lui solo sono affidate la guida e la sicurezza della propria macchina possa essere colto dal sonno al volante.

Talvolta si tratta soltanto di uno stato crepuscolare della coscienza ed il guidatore esperto può compiere i consueti movimenti professionali quasi automaticamente, senza che gli stimoli arrivino nemmeno alla soglia della coscienza stessa, sicchè l'incidente può essere evitato a meno che non debbano entrare in funzione dei processi psichici più complicati.

Ma anche se l'autista è colpito dal vero sonno, può accadere che non si verifichino incidenti se il sonno è brevissimo e la strada diritta, uniforme e senza ostacoli. Il più delle volte, però, la macchina abbandonata a sè stessa si sbanda ed urta contro ostacoli o veicoli sopravvenienti, provocando incidenti spesso assai gravi.

Il fatto affiora alle volte dalle cronache dei giornali ed ha una precisa documentazione nelle statistiche del R.A.C.I., dalle quali risulta che nel triennio 1934-36 si sono verificati 191 incidenti stradali con 56 morti e 232 feriti a causa del conducente addormentato; nel 75 % di tali incidenti era in causa l'auto.

Vari sono i fattori che possono concorrere nella produzione di questo sonno che si manifesta in condizioni nelle quali, invece, massimo sarebbe il bisogno di essere sempre pronti a sè stessi. Qualche volta, può trattarsi di eccessiva stanchezza fisica e della mancanza di un congruo riposo; ma non è necessario che la stanchezza sia proprio eccessiva, tanto è vero che anche nella vita comune noi siamo presi e vinti dal sonno assai prima che si manifestino dei fenomeni tipici di fatica.

Più che la stanchezza fisica, è in giuoco quella psichica, derivante dalla continuata ed eccessiva concentrazione dell'attenzione all'auto ed alla strada che si percorre, condizione che più facilmente viene raggiunta da individui, che si trovano in stato di tensione ner-

vosa e con scarso potere di distribuire la propria attenzione. Molte condizioni possono aggiungere a queste la loro influenza: la stessa posizione seduta, i fattori climatologici e soprattutto la monotonia della strada. Nel traffico cittadino, l'attenzione è continuamente richiamata da ogni lato, sia dal comportarsi degli altri utenti della strada, sia dai segnali, ecc., in modo che, distribuendosi continuamente e successivamente sui varî oggetti, rimane più facilmente vigile.

Diversamente si svolge la marcia sulle strade rurali specialmente in rettilineo e, paggio ancora, sulle autostrade dove l'ambiente circostante si presenta con poche variazioni, senza case poste sui fianchi, nè paesi da attraversare, con la sicurezza che nessun altro utente della strada sbuchi improvvisamente da una strada laterale; il compito dell'autista si riduce quindi alla sorveglianza del motore ed a sterzare alle curve. La capacità di attenzione, che ha così scarsa occasione di esercitarsi, si viene quindi attenuando ed in condizioni favorevoli l'autista può più facilmente essere colpito dal sonno.

Un altro genere di monotonia si ha quando le auto vanno incolonnate (trasporti militari); l'autista non ha di fronte a sè che la parte posteriore dell'auto che lo precede e non può modificare la propria velocità, donde la facilità con cui può addormentarsi e provocare gravi incidenti che si ripercuotono sulla fila di auto che lo seguono.

Altri fattori che contribuiscono sono di natura tossica, sia per l'uso anche moderato di alcoolici, sia per i gas di scappamento del motore e per la stessa essenza passata allo stato gassoso, gli uni e l'altra ad azione narcotica e tossica come dimostrano anche i casi non del tutto rari di intossicazione e morte per tale causa; le condizioni sono aggravate per chi rimane nell'interno, ma anche per l'autista, specialmente a guida interna è da tenersi presente tale possibilità. Un fattore psichico, che può avere una certa importanza è la presenza di un compagno vicino che dorme, come accade spesso per i conducenti degli autotreni, che si alterano nella guida e nel riposo.

È inoltre da menzionarsi lo stato fisio-patologico in cui può trovarsi l'autista, di una relativa ipoglicemia con sonnolenza, per non avere ingerito nulla da un certo tempo, o di veri crampi gastrici da stomaco vuoto. Molte volte, basta che egli ingerisca un po' di cibo (dolci, cioccolata) o del caffè per fare scomparire ogni fenomeno. Come sopra si è accennato, molto pericoloso è l'alcool, sotto qualsiasi forma ed anche in poca quantità.

La profilassi di questi incidenti consiste anzitutto nel regolare i turni di lavoro, specialmente per i conducenti di autotreni, in modo da evitare che la sonnolenza si manifesti per un reale deficit di riposo. Si sorveglierà accuratamente il funzionamento del motore in modo che la combustione avvenga regolarmente e si curerà che i gas di scappamento siano convogliati in maniera tale da impedire che arrivino a chi occupa l'auto.

È poi opportuno che l'autista, pur tenendo continuamente d'occhio la strada, specialmente se questa è molto monotona, si procuri una distrazione *relativa*, osservando l'ambiente circostante, i vari meccanismi e quadranti, il che lo toglie da un'eccessiva concentrazione dell'attenzione, che porta più rapidamente alla stanchezza psichica ed al sonno.

Importante è il saper riconoscere i primi segni della fatica (quali un passeggero intorpidimento degli arti, la sensazione di un certo annebbiamento delle immagini visive, una momentanea sospensione dei pensieri) e provvedere ad un risveglio dell'attenzione, per cui sono molto utili delle respirazioni (10-12) sistematiche e profonde. Molto possono contribuire anche le qualità morali dell'autista, il quale deve soprattutto aver sempre presente la grande responsabilità che gli incombe nella guida del motore che gli è affidato, che può diventare un vero strumento di morte.

A. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

P. MALLET-GUY. *Le traitement non sanglant des fractures du rachis.* Vol. di 115 pag. Ed. Masson. Paris, 1938. Fr. 40.

Poco o nulla di nuovo in questa monografia del Mallet-Guy, allievo di Leriche, il quale ha dettato una benevola prefazione al volume. Sulla base di 34 casi personali di fratture del rachide trattati secondo i classici metodi di Böhler l'A. mette in evidenza i magnifici risultati che con tale metodo si ottengono. Egli ha portato alcune modificazioni pratiche al metodo, di cui la principale consiste in una speciale staffa di appoggio per il capo durante la riduzione in lordosi della frattura: tale staffa prende appoggio diretto sulle mastoidi, e facilita quindi la riduzione rendendola più agevole e meno faticosa per il malato. Egli adotta per la classificazione delle fratture del rachide la classificazione secondo Rogers, dividendo le fratture della colonna in fratture *vertebrali intrinseche* ed in *fratture menisco-vertebrali*, e queste ultime in fratture menisco-ipofisaria superiore, menisco-epifisaria inferiore, e menisco-bivertebrale a seconda dell'interessamento di uno o di ambedue i dischi intervertebrali. Un capitolo interessante della monografia è quello riguardante la possibilità di applicazione del metodo alle fratture antiche, guarite con cattivo risultato funzionale: in tre di tali casi la riduzione tardiva, possibile per lesioni di osteoporosi e per il notevole ritardo della consoli-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dazione e facilitata dalla anestesia locale ha dato notevole miglioramento funzionale. Seguendo poi il consiglio del suo maestro Leriche egli ha applicato il metodo della novocainizzazione anche alle vecchie fratture rimaste dolorose e si dichiara lieto dei risultati ottenuti.

È dunque questo un piccolo volume che si legge con interesse, per quanto, come si è detto in principio, esso non faccia che confermare quanto ormai è già noto dopo i classici lavori di Watson Jones e di Böhler. Buona l'edizione.

G. LA CAVA.

I. PAVEL, A. PAUNESCO PODEANO. *Affections non ulcereuses du duodenum*, un vol. di circa 200 pag. Ed. Masson. Parigi, 1939. Prezzo fr. 50.

Questa interessante monografia presentata dal Roux rappresenta un notevole contributo alla sistematizzazione della patologia del duodeno, oggi ancora così in alto mare. Per molti pratici la patologia del duodeno si riduce all'ulcera duodenale e sue complicazioni; il che non è. Appunto per questo troviamo di grande interesse in questa monografia il capitolo sulle duodeniti, sindrome spesso confusa con la malattia ulcerosa, nelle sue svariate manifestazioni morbose, dall'ittero alle emorragie. D'accordo che la diagnosi è il più spesso solo radiologica, d'accordo ancora che la causa di ambedue le forme morbose è forse la stessa, ma se si pensa che una di esse implica, almeno per ora, la possibilità di un grave intervento chirurgico, il che non è per la duodenite, si vedrà l'importanza che può avere una esatta messa a punto della questione.

Questo delle duodeniti è il capitolo più interessante della monografia ma altri ve ne sono, quali quello sulle stasi duodenali, acute e croniche, quello dei rapporti fisio e patologici fra il duodeno e i distretti enterici inferiori, che richiameranno senza dubbio l'attenzione degli studiosi. Meno completi e meno interessanti i capitoli sui tumori del duodeno e sui difetti di sviluppo.

L'esposizione è chiara, nitidi i clichès e buona, come sempre, l'edizione del Masson.

G. LA CAVA.

V. RUATA. *Oftalmologia dei paesi caldi*. Un vol. in-8°, pagg. 362, figg. 92, tavv. a colori 4, rilegato. U. Hoepli, Milano, 1938.

L'oftalmologia dei paesi caldi, anche per le malattie che non sono da considerarsi come esclusivamente tropicali, presenta una particolare fisonomia per diversi fattori che vi agiscono, come quelli climatici (vento, polvere, luce abbagliante), sociali, igienici, razziali, senza contare delle malattie generali ivi particolarmente diffuse (malaria, bilharziosi, lues), che vi imprimono un carattere speciale. La materia merita, quindi, di essere trattata con sufficiente ampiezza, da chi ne abbia per propria esperienza una buona conoscenza.

L'A., dopo un capitolo introduttivo di generalità sulle malattie oculari nei paesi caldi, studia le affezioni oculari di origine animale ed i parassiti animali dell'occhio, le infezioni batteriche, le malattie della congiuntiva e quelle della cornea, nonchè le affezioni generali con manifestazioni oculari. Un'ampia trattazione a parte, degna dell'argomento, è dedicata al tracoma. Da ultimo, un capitolo sulla chirurgia oculare nei paesi caldi che, per varie condizioni, esige particolari accorgimenti.

Il libro, scritto con intenti essenzialmente pratici, senza pretese, sarà di grande utilità specialmente per i nostri medici che si recano in Colonia e che, spesso isolati, debbono affidarsi alle proprie forze anche in questo campo, per il quale troveranno qui una guida.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 17 maggio 1939

Presidente: prof. A. PENSA.

Quadri radiologici da tubercoloma del tenue.

Prof. G. BIGNAMI. — L'O. riprende in questo lavoro lo studio delle caratteristiche radiologiche del tubercoloma del tenue delle quali è fatto cenno in una sua precedente comunicazione. Appoggiandosi alle abbondanti documentazioni radiografiche ottenute nel corso delle indagini praticate sopra diversi casi giunti in sua osservazione l'O. precisa quanto segue:

1) per quanto la sede, è interessante constatare come a fianco di quella riguardante l'ileo terminale si debba tener presente quella duodeno-digiunale. Infatti nel presente gruppo di osservazioni si tratta di infiltrati che si estendono dalla flessura duodeno-digiunale lungo il digiuno per circa 15-20 cm. Solo in qualche caso la lesione, sempre digiunale, è stata rilevata un poco più a valle;

2) nel gruppo delle presenti osservazioni non sono state documentate delle manifestazioni di stenosi di grado apprezzabile. Si sono d'altra parte rilevati dei segni di ulcerazione parietale così da dare al tratto di intestino interessato un aspetto cribrato o reticolato. Si sono infine rilevate le note di rigidità della parete con perdita, come è ovvio, del peristaltismo e del disegno delle valvole. La parte interessata è apparsa in genere fissa e con passaggio non molto dolce tra parte lesa e parte integra della parete intestinale;

3) le manifestazioni del tubercoloma digiunale sono apparse, come in genere quelle di tubercolomi ileali, associate a lesioni a carattere specifico tubercolare interessanti altri organi od apparati, in particolare quello respiratorio;

4) la evoluzione si è dimostrata nella massima parte dei casi nettamente sfavorevole.

Saggi di linfografia sull'organismo umano.

Prof. G. BIGNAMI. — A complemento degli studi fatti eseguire dai suoi allievi Brovelli, Dolfini e Faravelli, l'O. affronta il problema della linfografia umana, della quale ebbe a far cenno nel Congresso Nazionale di Perugia del 1934. L'argomento potrebbe, secondo l'O., avere la sua importanza soprattutto nei riguardi della diffusione dei processi morbosi, data la possibilità del metodo linfografico di porre in rilievo i più fini dettagli delle vie linfatiche.

Premessi alcuni dati riguardanti la tecnica da lui adottata per l'introduzione del mezzo di contrasto (biossido di torio), passa ad illustrare i risultati raggiunti.

L'introduzione del materiale opaco nelle sierose non sembra tale da portare a concreti risultati per la visualizzazione delle vie linfatiche, contrariamente a quanto è stato ritenuto da alcuni autori.

La via sottocutanea fornisce eccellenti risultati solo a condizione che il mezzo sia iniettato sotto forte pressione in tessuti compatti stipati come, ad esempio, il polpastrello delle dita. In queste condizioni l'O. ha potuto iniettare i linfatici della mano, dell'avambraccio ed in parte anche del braccio.

La iniezione per via intraghiandolare, che ha dato ugualmente risultati favorevoli, sembra utile non solo per lo studio della morfologia delle masse ghiandolari, in particolare qualora queste si trovino in condizioni morbose, ma altresì per la documentazione delle vie afferenti ed efferenti.

Le stenosi del tenue dal punto di vista radiologico.

Prof. G. BIGNAMI. — L'O. espone un gruppo di casi di alto interesse iconografico nei quali si sono manifestati aspetti singolari del tenue prossimale e distale a monte della stenosi.

Appoggiandosi a controlli eseguiti su pezzi cadaverici, l'O. tende a dare l'interpretazione anatomica delle espressioni radiologiche dei quadri da stenosi.

L'influenza delle cicatrici sullo sviluppo di tumori sperimentali.

F. LEINATI. — Facendo applicazioni di soluzione oleosa all'1 % di 1:2 benzopirene o metailcolantrene su sei gruppi di 10 topini ciascuno con diverse modalità, ha osservato che la produzione di tumori è più rapida quando le applicazioni vengono fatte su cicatrici già consolidate che non su piaghe in via di cicatrizzazione o su cute normale; e che in una forte percentuale si ha sviluppo di tumori su cicatrici dopo un lungo periodo di applicazioni su un'altra zona di cute o su un'altra cicatrice.

F. LORETI e G. PERRONCITO. — *Manifestazioni di colloidopessia nelle cellule entodermiche della parete del sacco vitellino nei mammiferi e negli uccelli.*

G. PALUMBI e G. VERGA. — *La fine innervazione del nodo seno atriale in Talpa Europaea.*

Azione dei raggi roentgen sul fegato.

Dott. A AGUZZI e dott. P. FORNAROLI. — Allo scopo di studiare l'azione dei raggi roentgen sul fegato vennero irradiati diversi gruppi di animali da esperimento sulla regione epatica, con dosi varianti da 600 a 1200 r con radiazioni di diversa durezza.

Il fegato degli animali uccisi a varia distanza di tempo dall'irradiazione (da 24 ore a 2 mesi), venne esaminato istologicamente.

Nessuna modificazione degna di particolare rilievo venne riscontrata se si eccettuano fatti di iperemia presenti soprattutto nel fegato degli animali sacrificati a breve distanza del trattamento.

Ciò conferma la notevole radioresistenza di questo organo e ci porta a concludere che le dosi da noi usate sono insufficenti a provocare a carico del parenchima epatico alterazioni di qualche entità e istologicamente rilevabili.

Tecnica per la produzione di embolie sperimentali nei vasi arteriosi periferici.

G. S. DONATI e A. MASSONE. — Gli OO. espongono un metodo da loro usato per la produzione sperimentale di embolie arteriali periferiche.

Tale metodo consiste nel fare percorrere all'embolo introdotto in una delle femorali del cane, la femorale stessa in via retrograda, in modo che raggiunta la biforcazione dell'aorta l'embolo dalla corrente in questa esistente viene poi convogliato nella femorale controlaterale. Per controllare la pressione necessaria all'introduzione dell'embolo contro corrente hanno ideato un apparecchio di cui dànno la figura.

Gli OO. fanno risaltare la semplicità e la praticità della loro tecnica con la quale si possono realizzare con tutta facilità embolie in sedi lontane da quelle di introduzione dell'embolo, fatto questo di grande importanza perchè permette di escludere molte delle azioni che si vuole siano in grado di interferire sullo svolgimento dei fenomeni fisio ed anatomopotologici a livello dell'embolo.

Studio sulla funzionalità renale nei traumi chiusi del rene.

G. S. DONATI. — L'O. si è proposto di studiare la funzione renale nei traumi chiusi del rene con vari metodi d'indagine e cioè con la cromocistoscopia, il cateterismo ureterale e la pielografia discendente per confrontare il valore di queste singole prove.

Le osservazioni raccolte riguardano traumi recenti che sono stati poi seguiti fino a 5 anni di distanza. In tutti i casi furono eseguite assai precocemente le suddette indagini senza mai avere alcun inconveniente. I risultati ottenuti, confrontati tra di loro, dimostrano che meglio della pielografia discendente, la quale è soggetta a non poche cause di errore, la cromocistoscopia ed il cateterismo degli ureteri possono fornire dati sulla funzionalità dei reni colpiti da trauma.

La discendente peraltro può rendere utili servigi in quei casi in cui non siano espletabili altre ricerche funzionali e può talvolta integrare i dati di queste onde, data la sua innocuità e la semplicità di esecuzione, è consigliabile di applicarla sistematicamente, fin dalle prime ore, nello studio dei traumi renali.

Le paralisi tardive dell'ulnare.

G. S. DONATI. — Ricordate brevemente le caratteristiche delle paralisi tardive dell'ulnare consecutive a traumi antichi del gomito, l'O. espone un caso di tale paralisi insorta dopo 38 anni in un individuo che presentava un cubito valgo da pregresso trauma. Viene fatta qualche considerazione sull'ezio-patogenesi della forma e discusso il trattamento curativo. *Il Segretario.*

Società Medica del Friuli.

Sezione Culturale del Sindacato Fascista Medici.

Seduta del giorno 29 marzo 1939-XVII

Presiede il prof. G. PIERI

Cura chirurgica delle cistiti croniche dolorose.

Prof. G. PIERI. — La cura mediante anestesici è un palliativo e determina assuefazione; donde la necessità di ricercare una cura chirurgica razionale, diretta così alla innervazione vescicale.

L'O. fin dal 1926 ha proposto la resezione del plesso ipogastrico superiore, o nervo presacrale, attraverso il quale passa una parte delle fibre sensitive e motorie della vescica, e la cui sezione determina, oltrechè una ipoestesia della mucosa, anche un indebolimento dell'azione dello sfintere e un rinforzo di quella del detrusore (donde un più agevole vuotamento della vescica). Egli ha applicato questa cura in 15 casi; in 2 di essi ebbe la morte (in un paziente per broncopolmonite e in un altro per meningite tbc.) e negli altri un miglioramento più o meno spiccato dei disturbi soggettivi.

In due altri pazienti l'O. ha aggiunto alla sezione del presacrale quella dei nervi pelvici, proposta recentemente da Richer; i risultati di questo procedimento appaiono anche più soddisfacenti.

L'O. presenta una delle due operate: una donna di 41 anni che aveva subito una nefrectomia per pionefrosi nel luglio del 1938 e in cui si era stabilito il quadro di una cistite con sofferenze atroci (necessità di orinare anche di notte, ogni 10-15 minuti, minzione accompagnata da dolori fierissimi). Dopo l'operazione praticata un mese fa, la malata orina ogni 2 o 3 ore con lieve dolore terminale.

Interloquisce: prof. MENGHETTI.

Del rischiamento come causa d'aborto.

Dott. ARMELLINI. — L'O. premessa una ampia documentazione statistica sulle cause d'aborto riscontrate nella Maternità di Udine dal 1931 al 1938, rileva la difficoltà che si oppone alla ricerca di tali cause ed espone i dati statistici e le osservazioni che portano ad ammettere una relazione causale tra raschiamento e successivi aborti.

Richiama l'attenzione sulla necessità di una maggior limitazione del raschiamento e sostiene l'opportunità della terapia medicamentosa applicata pressochè sistematicamente nei casi di aborto.

Linfangioma dello scroto.

Dott. T. VEZZIL. — L'O. riferisce su un caso di linfangioma recidivo dello scroto riscontrato ed operato in un giovane di 25 anni.

Il caso, in cui la diagnosi clinica è stata confermata pure dall'esame istologico del pezzo asportato, richiama l'attenzione principalmente per la rarità con la quale tali affezioni si possono riscontrare.

Sulla possibilità dell'esistenza di un nuovo segno clinico nelle perforazioni del primo tratto di digiuno.

Dott. G. DEL ZOTTO. — L'O. ricorda un caso di perforazione traumatica della 1ª ansa digiunale a pareti addominali integre, nel quale si riscontra obbiettivamente, oltre ai già noti segni clinici, persistenza dell'ottusità epatica e scomparsa dell'aia di ottusità splenica. Questa era sostituita da una zona di timpanismo, di forma irregolarmente rettangolare, delimitata da quattro linee immaginarie: una superiore a direzione trasversale, passante per il margine inferiore della 10ª costola sinistra, una inferiore passante per la S.I.A.S., una terza verticale per l'ascellare posteriore e l'ultima per la mammillare.

Dopo aver discusso le possibilità diagnostiche, riferentisi al caso, l'O. fa notare che l'importanza delle osservazioni dell'accennato reperto clinico, sta nell'aver questo condotto oltre che alla diagnosi di natura, ad una diagnosi di sede della lesione.

Descrive brevemente l'atto operativo e ferma l'attenzione sulla possibilità dell'esistenza del sintomo descritto nelle lesioni perforative del 1° tratto di digiuno; sintomo interessante per la sua rarità e che potrebbe avere una notevole importanza diagnostica.

Interloquisce: prof. MENGHETTI.

Un caso di sindrome inferiore della coda equina da leptomeningite cronica.

Dott. P. LOCATELLI. — Si tratta di un soggetto di 39 anni dalla cui anamnesi nulla si rileva di particolarmente importante. Da circa 4 anni va soggetto a dolori a tipo ischialgico a sinistra. Una settimana prima dell'ingresso in Ospedale mentre stava alzando un peso da terra, fu colto da un violento dolore ai lombi con irradiazione lungo l'arto inferiore sinistro. Contemporaneamente insorse difficoltà nella deambulazione, ritenzione urinaria, incontinenza fecale. Si pone la diagnosi di leptomeningite cronica valorizzando il fatto della lunga precedenza di dolori a tipo ischialgico, interpretando questi dolori come espressione di un fatto radicolitico che successivamente estendendosi, sia arrivato ad interessare gli avvolgimenti spinali. Il paziente è stato sottoposto ad atto operativo che confermò l'esistenza della diagnosi e che portò ad un brillante risultato terapeutico.

Il Segretario: dott. GIOVANNI MINCIOTTI

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Vaccinidi accidentali.

Fra i possibili inconvenienti derivanti dalla vaccinazione, si può verificare nello stesso individuo vaccinato il trasporto del virus dalla sede di inoculazione in altri punti della superficie cutanea, specialmente in coloro che presentano affezioni cutanee, in particolar modo l'eczema, con conseguenti autoinnesti successivi, fino ad una vera generazione.

È inoltre possibile l'infezione accidentale delle persone che vengono in contatto con la linfa vaccinica, per ragioni professionali (medici, infermieri) o di convivenza.

Si tratta generalmente di contagio diretto, oppure mediante la biancheria od oggetti; la trasmissione avviene evidentemente in individui non mai vaccinati, od in cui l'immunità si è andata affievolendo.

L'inoculazione accidentale può manifestarsi dovunque, spesso al viso, come alle labbra, mucosa orale, tonsille; relativamente frequenti le localizzazioni genitali nella donna, più rare nell'uomo (in un caso, trasmessa poi per contatti genitali alla donna); abbastanza frequente la localizzazione oculare (palpebra, cornea).

Fatta eccezione per la localizzazione oculare, le inoculazioni in sedi circoscritte hanno carattere di benignità, salvo per gli individui con affezioni cutanee, specialmente eczematose. In tal caso, oltre a cicatrici deturpanti, si può avere generalizzazione ed anche la morte.

M. Ballarini (*Arch. it. dermat. sif. ven.*, gennaio-febbraio 1939) riporta due osservazioni proprie, di un bambino di 6 mesi infettatosi 10 giorni dopo la vaccinazione e di una donna di 30 anni, vaccinata a 2 anni, contagiatasi dalla propria figlia vaccinata una quindicina di giorni prima. In entrambi i casi, le pustole si manifestarono alla guancia e guarirono rapidamente con impacchi di acido salicilico al 2/1000 e rubiazol per via orale. In un altro caso, con eczema seborroico del capillizio, quivi si ebbe la localizzazione delle pustole, da cui residuarono cicatrici totalmente alopeciche, con formazione di chiazze dove le pustole erano confluenti.

La possibilità di queste vaccinidi deve indurre all'applicazione di rigorose norme profilattiche (fasciatura durante la reazione vaccinale) rendendo edotti i familiari dei rischi di tale complicazione, osservabile anche in adulti se sia già affievolito lo stato immunitario.

fil.

Xantomatosi diffusa.

A. Barasciutti (*Gazz. d. Osp. e d. Clin.*, 26 marzo 1939) rende noto un caso di xantomatosi diffusa in cui le manifestazioni morbose inerenti all'alterato ricambio lipoideo si presentavano in molti organi. La cute presentava uno xantelasma papuloso simmetrico alla faccia e al collo: l'esame istologico della zona di cute alterata metteva in evidenza un'intensa infiltrazione di noduli lipoidali.

In corrispondenza delle regioni deltoidee e dei polsi esisteva simmetricamente una tumefazione rotondeggiante, di consistenza durofibrosa, indolora di cui non potè essere eseguita la biopsia per rifiuto della paziente: le caratteristiche anamnestiche ed obbiettive di tali tumefazioni portavano a considerarle come xantomi tuberosi (gotta lipoidea).

Localizzazioni lipoidee si riscontrarono nella malata anche nell'occhio, dove, oltre alla notevole infiltrazione xantelasmatica delle palpebre, esisteva in ambedue gli occhi sulla congiuntiva bulbare, al suo angolo interno, un deposito lipoideo della grandezza di un grano di miglio. Così pure esisteva un'infiltrazione lipoidea del palato molle, dei pilastri, del faringe, del laringe e infine del rinofaringe e della mucosa nasale: tutto ciò spiegava la presenza di una disfonia persistente nell'ammalata.

Altro importante reperto era quello della presenza (confermata radiologicamente) nel mediastino posteriore di una voluminosa massa, che, per le sue varie caratteristiche, venne giudicata di probabile natura lipoidea.

F. Tosti.

Il rinofima ed il suo trattamento.

Il rinofima, dice M. Ducourtioux (*Presse Médicale*, 24 maggio 1939) è una difformità nasale che interessa la sola cute ed è caratterizzata da una ipertrofia dei tegumenti del naso in conseguenza di disturbi ghiandolari e circolatori. L'elemento ghiandolare è costituito da una enorme iperplasia delle ghiandole sebacee, incredibilmente distese e cistiche; l'elemento circolatorio, o meglio vascolo-connettivale, è dato da una iperplasia del tessuto connettivale e di quello vascolare. A seconda del prevalere del fattore ghiandolare o di quello vasale, si distingue una forma ghiandolare ed una forma angectasico-fibrosa.

Il rinofima è più frequente nell'uomo che nella donna. Esso è perfettamente curabile.

Un trattamento molto antico e molto efficace è quello conosciuto col nome di operazione di Ollier e consiste nel decorticare col bisturi il naso rinofimico riportandolo alla forma e dimensioni normali. La cicatrizzazione è rapidissima: la forma diventa senz'altro migliore, ma rimane sulla pelle un aspetto cicatriziale non bello a vedersi. È per questo che tale operazione deve essere riservata ai rinofimi veramente mostruosi: nei casi leggeri o medi conviene seguire altri metodi. Anzitut-

to si farà trattamento medico che comprende massaggi, uso di saponi acidi, di preparati solforati e di alcool iodato, mezzi tutti che determinano indubbiamente uno straordinario miglioramento. Poi si ricorrerà alla piccola chirurgia dermatologica che, con la elettropuntura, galvanica o diatermica, offre parecchie risorse contro il rinofima. F. TOSTI.

La sindrome della ragade del capezzolo nella mastite dell'allattamento e suo trattamento col drenaggio filiforme.

C. Staiano y A. Achard (*Boletin de la Sociedad de Cirugia de Montevideo*, n. 5, 1938) pensano che, costituitasi la ragade del capezzolo, da questa nasce la prima eccitazione che si rivela con quella sindrome dolorosa tipica delle neuriti, cioè si crea uno spasmo del muscolo liscio dell'areola. Come conseguenza di questo spasmo viene impossibilitata l'evacuazione lattea normale del lobulo, stabilendosi così una ritenzione lattea canalicolo-acinosa, ed in seguito un'infezione ascendente.

Ad ascesso costituito gli AA. non preferiscono la solita incisione sia perchè impedisce l'allattamento sia perchè si possono avere moltiplicazioni di focolai ascessuali: praticano invece il drenaggio filiforme che adoperano con successo da 20 anni. La tecnica consiste nella trasfissione del lobulo in ritenzione con un ago di Reverdin o di Hagedorn a grande curvatura, facendo restare in permanenza 4 crini di Firenze. La tensione ed il dolore scompaiono subito e la guarigione avviene presto, generalmente in 6-7 giorni.

A. GRASSI.

La fisioterapia delle tubercolosi esterne.

Nella cura delle tubercolosi esterne, particolarmente delle adeniti e delle forme anorettali, la chirurgia è un metodo di eccezione, mentre la terapia è dominata essenzialmente dai metodi fisici. Il migliore è indubbiamente l'elioterapia che, però, non può essere applicata dovunque; quindi vi si deve supplire con l'elioterapia artificiale, con i raggi ultravioletti.

Secondo Ferond (*Soc. belge de physiotherapie*, 26 marzo 1939) la lampada di quarzo a raggi corti abiotici, tanto utile nel rachitismo, è invece generalmente controindicata nella tubercolosi. Altri tipi di luce sono stati proposti, quali la lampada ad arco, gli archi polimerici, ecc.

In tutte le applicazioni, si devono sorvegliare il peso e la temperatura. Quest'ultima è di una grande sensibilità; essa va presa ogni 3 ore dopo l'applicazione; il suo aumento consiglia la prudenza.

Anche la cutireazione può dare utili indicazioni, indicando la esistenza o meno di allergia; una cutireazione forte alla vecchia tubercolina è di prognosi favorevole.

In caso di tubercolosi associate, si applicheranno le radiazioni medie, sorvegliando sempre peso, temperatura e cutireazione. Nell'associazione con la forma polmonare, si può tentare la fisioterapia con i raggi ultravioletti lunghi e con grande prudenza.

Nelle altre tubercolosi esterne, peritonite, testicoli, ossa, articolazioni, reni, vescica, i raggi ultravioletti danno eccellenti risultati, mentre sono inefficaci nelle annessiti.

fil.

L'insulina nella medicatura di ulcere indolenti croniche.

L'uso dell'insulina nelle medicature è recente, perchè risale al 1926. A. R. Hunter (*The Brit. Medic. Journ.*, 15 aprile 1939) se ne è servito in 10 casi, nei quali ha anche usato nello stesso soggetto e in altra ulcera una soluzione di tricresolo per controllo. L'uso dell'insulina ha come base teorica la speranza che stimoli il metabolismo aerobico del tessuto e quindi il processo di cicatrizzazione.

L'insulina non ha mai dato inconvenienti pel suo uso locale, però non furono fatte glicemie. In quasi tutti i casi ha dato qualche progresso verso la cicatrizzazione, però non c'è stata notevole differenza fra l'insulina e il tricresolo, per cui l'insulina non risulta preferibile. L.

Etiopatogenesi e terapia delle dermopatie genitali pruriginose nella donna.

Le nostre cognizioni sull'etiologia del prurito vulvare si sono ampliate e precisate con i progressi dell'endocrinologia e se ne è avvantaggiata la terapia. Esclusi i casi di diabete, di itterizia, di infezioni varie, in cui poteva essere utile il trattamento causale, i più disparati trattamenti delle altre forme riuscivano del tutto inefficaci, tanto da indurre talvolta la paziente al suicidio.

Le concezioni attuali sull'origine del prurito in genere tendono a fondarlo sulla liberazione, in seno alla cute, di sostanze di produzione locale (sostanze H) che aggirebbero sulle terminazioni sensitive. Tali sostanze avrebbero uno scopo eminentemente difensivo, inquanto che l'aumentato afflusso di sangue, l'aumentata attività circolatoria, il passaggio di liquido dai vasi ai tessuti hanno l'effetto di una pronta diluizione e di un rapido allontanamento della sostanza stessa.

Nel caso specifico del prurito vulvare, è da ritenersi che esso si manifesti in donne in stato di carenza follicolinica, per cui vengono a soffrirne la struttura normale dell'epitelio vagino-vulvare, la sua attività glicogenolitica, il suo equilibrio trofico. Viene logico, quindi il pensiero di somministrare dell'ormone follicolare in donne che soffrono di tale incomodo. I primi tentativi furono fatti da Marañon e se-

guiti poi da altri non molto numerosi anche per l'alto costo dei preparati.

A. Migliavacca (*Arch. it. dermat., sif. vener.*, gennaio-febbraio 1939) ha praticato tale cura in 20 donne di età dai 26 ai 72 anni, in cui il prurito durava da un mese a 9 anni, ribelle a tutte le cure; trattavasi in tutti i casi di prurito essenziale, con esclusione quindi dei casi con affezioni generali o locali che potevano sostenerlo.

L'A. ha usato un preparato per applicazione locale, in cui l'ormone follicolare è incorporato ad una crema; vi sono dei preparati già pronti in commercio, ma si può procedere alla preparazione estemporanea, incorporando una o più fiale di soluzione oleosa dell'ormone follicolare in un veicolo cermoso di vaselina-lanolina. In qualche caso, ha anche fatto iniezioni dell'ormone nelle grandi labbra o sottocute.

In 10 casi, si è ottenuta la guarigione permanente; in 8, apparente, con comparsa successiva di recidive; 2 rimasero invariati e non migliorarono neanche con la successiva radioterapia vulvare. Il prurito è scomparso anche in un caso di una 72enne diabetica senza alcuna terapia interna. In due casi, si trattava di prurito vulvare da gravidanza; entrambi guarirono.

Nessun inconveniente venne osservato; in un solo caso, in cui si praticarono anche iniezioni locali, si ebbero modificazioni delle mestruazioni, che si fecero scarsissime, probabilmente per un fenomeno di blocco ipofisario.

fil.

TECNICA MEDICA.

Puntura della cisterna o puntura lombare?

La puntura lombare si può eseguire anche ambulatoriamente, purchè la cannula di punzione sia molto sottile, afferma K. Weidner (*Klin. Wochenschr.*, 30 giugno 1939). Per rendere molto rara la cefalea post-puntura consiglia di iniettare attraverso la stessa cannula soluzione fisiologica in quantità corrispondente ai 4/5 del liquor estratto. Non è invece alla portata dei medici pratici la puntura della cisterna che alcuni AA. preferiscono a quella lombare. Eseguita a regola d'arte la puntura della cisterna in genere non è pericolosa. Sono però noti rari casi ad esito letale in seguito ad emorragie subaracnoidali, anche non esistendo aterosclerosi (l'arteria cerebellare inferiore ateromatosa può essere spostata). I detti accidenti sono dovuti ad una variante nel decorso della arteria cerebellare inferiore, la quale viene allora a descrivere un arco sulla faccia dorsale del midollo allungato. Nulla si può dire circa la frequenza di tale decorso abnorme: ad ogni modo la possibilità di emorragie durante la puntura della cisterna dovrebbe essere molto scarsa, perchè è difficile che l'ago, anche incontrandola, riesca a pungere una arteria che non sia molto ben fissata.

P.

MEDICINA SOCIALE

Un danno sociale: l'alcoolismo.

In generale l'alcoolismo è in regresso, ma ne esistono forme insidiose come quelle « familiari », per liquori, cocktail, ecc., che favoriscono l'alcoolismo femminile.

Mentre un uso moderato dell'alcool è certamente utile all'economia e prolunga la vita media, l'abuso è nocivo per le numerose turbe funzionali e organiche, specie sul fegato, stomaco, vasi, sistema nervoso.

Il dott. Herscovici (*Journal des prat.* 1° luglio 1939), affermando che l'alcoolismo fisico è la conseguenza dell'alcoolismo morale, lamenta che in Francia non si sia realizzata una vera lotta antialcoolica.

È molto importante, specie dal punto di vista medico-legale, distinguere le manifestazioi dell'ebbrezza accidentale da quelle dell'alcoolismo cronico.

In questa ultima condizione i soggetti sono irratibili, collerici, gelosi.

Di solito quando la sola madre è alcoolizzata si ha una scarsa natalità, nel caso del padre si verifica invece spesso ipernatalità, e così pure quando ambedue i genitori sono dediti all'alcool.

Oltre alle forme conclamate di delirium tremens (stato confusionale, allucinazioni, convulsioni, ecc.) esistono forme più attenuate, della durata di vari giorni, e a prognosi migliore.

Presso i bevitori di essenze si nota particolarmente la polieurite alcoolica di cui esiste anche una forma pseudo tabetica, molto grave.

Gli alcoolisti cronici hanno con frequenza turbe psichiche varie. Fino alla c. d. psicosi di Korsakoff. Pare che l'abuso del vino bianco predisponga più verso la demenza e il suicidio che il vino rosso.

L'epilessia si trova spesso presso coloro che abusano di aperitivi.

SIBILIA.

MEDICINA SCIENTIFICA

Effetti della tiroidectomia su reni normali e sottoposti all'azione di sostanze chimiche.

Bazzocchi e Carabba (*Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. 1-2, 1939) hanno osservato sperimentalmente nella cavia che, limitatamente al periodo di osservazione, l'asportazione completa della tiroide non si accompagna ad alterazioni istologiche dei reni, escluse manifestazioni di ordine vascolare. Sull'andamento di una glomerulo nefrite chimica, da dose mortale o non di nitrato di uranio ed adrenalina, l'asportazione della tiroide, fatta dopo o molto tempo prima della somministrazione della tiroide, fatta dopo o molto tempo prima della somministrazione del tossico, non manifesta alcun apprezzabile influsso. Si osserva invece una maggior sopravvivenza e la presen-

za di lesioni renali più lievi negli animali stiroidati in confronto ai controlli allorchè la tiroidectomia è praticata 10 giorni prima della somministrazione di una dose mortale di tossico renale. Gli AA. inquadrano i reperti in un accurato riassunto bibliografico e cercano di darne una interpretazione.

BERNABEO.

Sul numero e sull'importanza dei linfociti nel carcinoma e particolarmente nel carcinoma dello stomaco.

E. Hass (*Deut. Zeit. f. Chir.*, n. 10, 1939) si è proposto di dimostrare che il conteggio dei linfociti circolanti nel sangue può dare ottimi criteri di giudizio circa la resistenza dell'organismo contro i tumori.

Egli ha indagato i rapporti tra numero dei linfociti (assoluto e relativo) e prognosi operatoria del cancro dello stomaco e quelli tra la malattia cancerosa e il numero dei linfociti.

Si è convinto che il numero dei linfociti presenti nel sangue è un indice attendibile per guidare la forza di resistenza dell'organismo contro i tumori.

Nel periodo iniziale del tumore si trovano sempre valori alti (assoluti e relativi) di linfociti, mentre in seguito dopo un tempo più o meno lungo, si ha una caduta fino a valori molto diminuiti.

Nel carcinoma non si tratta dunque di linfocitosi o di linfopenia, ma piuttosto ogni carcinoma passa attraverso uno stadio linfocitario ed uno stadio linfopenico.

Prendendo come esempio il cancro dello stomaco, si può affermare che, a parità di condizioni, la prognosi operatoria dipende notevolmente dal numero dei linfociti.

A. MERLINI.

POSTA DEGLI ABBONATI

Leucoplasia boccale. All'abb. R. P. da M. (8367).

La leucoplasia boccale detta anche psoriasi boccale, ma impropriamente non avendo nulla a che vedere con la psoriasi vera e propria (per quanto sia stata osservata in qualche caso la coesistenza dei due processi), ha il più delle volte un'origine sifilitica o eredo-sifilitica: alcuni anzi la ritengono addirittura una stigmate della sifilide. Questa legge peraltro non ha valore assoluto: in ogni modo quando la lesione è accompagnata da uno stato sclerotico, sia pure superficiale, si deve ritenere come certa l'origine luetica.

Fra gli agenti esterni, i quali operano come mezzo stimolante ed irritante, il tabacco è quello cui si attribuisce maggiore importanza: questa causa però non sempre può essere invocata e non sono rari i casi in cui la leucoplasia insorge in soggetti non fumatori (fanciulli, donne). Si conoscono pure le cosiddette *placche opaline* dei *soffiatori del vetro.*

Le leucoplasie boccali devono infine essere distinte dalle placche mucose della sifilide e dal lichen piano delle mucose, il quale ultimo si presenta in chiazze più piccole, meno rilevate, ha un decorso più rapido e risente il benefico effetto dei preparati arsenicali.

In tutti i casi le leucoplasie boccali e delle mucose in genere (vagina) vanno annoverate fra le così dette *malattie precancerose*: almeno il 15-20 % (e per molti anche in percentuale maggiore) degli epiteliomi della lingua originano da una leucoplasia e specialmente da quelle varietà che, per il loro aspetto, si chiamano *verrucoidi.*

L'anatomia patologica può mettere in evidenza tanto la natura luetica (*arterite*) quanto la degenerazione epiteliomatosa: una biopsia fatta in tempo consente la diagnosi precoce del cancro e permette d'intervenire prima di un irreparabile aggravamento.

Si può consultare: V. MONTESANO. *Manuale di malattie cutanee.* Roma Pozzi ed. Vol. II, pag. 328-350. - J. DARIER. *Précis de dermatologie.* Paris Masson et C. éd. Pagg. 275 e seg.

V. MONTESANO.

VARIA

Lombrici e sanguisughe come rivelatori di gas tossici.

S. Icard (*Marseille-méd.*, 25 marzo 1939) da tempo ha scoperto nel lombrico terrestre un eccellente reattivo fisiologico di veleni (cocaina, stricnina, ecc.). I tessuti di questo verme si impregnano rapidamente delle sostanze con cui stanno in contatto e ne risentono gli effetti; siccome poi tale verme è formato da anelli che sono come degli individui indipendenti, si realizza l'intossicazione segmentaria, per cui accade che mentre una parte del corpo è completamente intossicata, l'altra è tuttora libera. Analoghe proprietà ha la sanguisuga.

Poichè tali animali sono pure molto sensibili ai gas tossici, l'A. propone di utilizzarli per rivelare la presenza dei gas di guerra, specialmente nel terreno, dove soprattutto l'iprite può essere pericolosa, perchè l'odore non nè è molto marcato nè fortemente irritante, mentre l'azione caustica si viene manifestando intensa se pure lenta. Deposti sul terreno inquinato sia il lombrico come la sanguisuga, invece di spostarsi come normalmente, fanno dei movimenti disordinati e sono, in seguito, paralizzati. Il sistema proposto dall'A. sostituisce per un primo riconoscimento i complicati metodi chimici e potrebbe essere usato direttamente sul fronte da chiunque. Esso probabilmente va meglio elaborato per potere avere dei responsi più sicuri e specialmente dopo avere saggiato la sensibilità di tali animali alle diverse concentrazioni dei gas tossici. *fil.*

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Periodo di prova abbreviato.

Dispone l'art. 70 del T. U. 1934, n. 1265 che il periodo di prova è ridotto ad un anno «per coloro che alla data del bando di concorso prestino servizio in un Comune o in un Consorzio di Comuni in qualità di medici condotti con *nomina definitiva* ». Quale il significato di siffatta qualificazione?

Si deve intendere che la riduzione del periodo di prova sia condizionata ad un rapporto d'impiego *stabile?*

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 dicembre 1938 n. 987, ha risposto in senso affermativo.

Ha considerato fra l'altro che « la dizione « nomina definitiva », salvo che non si intenda nel senso di nomina con deliberazione divenuta definitiva — il che, per vero, neppure il ricorrente sostiene —, non può voler significare che nomina stabile. Infatti, ad escludere il significato di nomina con deliberazione divenuta definitiva basta il rilievo che anche la deliberazione di nomina ad interino, per essere valida, deve esser divenuta definitiva; mentre è certo che la disposizione non si riferisce agli interini, per i quali lo stesso art. 70 provvede altrimenti. Nomina definitiva, dunque, è qualcosa di diverso, e neppure può intendersi nel senso di nomina regolare, perchè proprio nel comma dell'art. 70 precedente a quello in esame il termine « nomina regolare » è usato con evidente diverso significato. Non resta, quindi, che ritenere la dizione « nomina definitiva » usata, sia pure impropriamente, per indicare la stabilità. Del resto, fino a quando non sia esaurito il periodo di prova, la nomina dei sanitari condotti, ancorchè non occorra, come per gli ufficiali sanitari, una apposita declaratoria di definitività, non può ritenersi definitiva, essendo sempre sottoposta alla condizione del buon esito dell'esperimento.

« Alla stessa conclusione conduce, d'altronde, la interpretazione logica. Evidentemente, il legislatore ha voluto contemperare le esigenze dei sanitari già stabili con quelle dei Comuni alle di cui dipendenze questi sanitari venissero a passare, e così, mentre ha limitato la durata del periodo di prova, non l'ha del tutto eliminato ».

È da ritenere che questa risoluzione rimanga ferma; tuttavia, non è inutile segnalare alcune delle ragioni di dubbio, data la improprietà della formulazione letterale della disposizione controversa.

Anzitutto è da notare che l'art. 70 non subordina la minore durata della prova ad una condizione particolare, cioè ad una qualità del rapporto d'impiego: anzi, non si riferisce nemmeno al modo di essere di questo rapporto; ma richiede la prestazione di servizio effettivo per nomina definitiva, cioè per effetto di un atto che abbia raggiunto quella particolare efficacia costitutiva e non per un rapporto destinato a permanere stabilmente. Quando lo stesso testo unico ha considerato per certi effetti non l'atto di nomina, ma la stabilità del rapporto d'impiego, ne ha fatto designazione specifica: art. 64 « nel caso di modificazione nella costituzione di una condotta consorziale, il titolare che abbia acquistato la stabilità ha diritto ecc. ecc. »;

art. 73: « Nel caso di unificazione di due o più condotte dello stesso Comune il posto di sanitario nella nuova condotta è attribuito, mediante concorso per titoli, fra i sanitari delle condotte medesime *che abbiano conseguito la stabilità* ». In altri casi, invece, derivando gli effetti dall'atto di nomina e non dalla stabilità, il T. U. designa quello, con appropriata espressione letterale:

art. 68: « indipendentemente dai limiti predetti sono ammessi al concorso i sanitari condotti che alla data del bando prestavano servizio *con nomina divenuta definitiva;*

art. 361: « Ai concorsi per posto di sanitario condotto preveduti nell'art. 68... possono essere ammessi... i sanitari che dimostrino di aver già prestato servizio di condotta con *nomina divenuta definitiva* precedentemente alla data di entrata in vigore del presente testo unico ».

L'ultimo comma dell'art. 70 condiziona la minore durata del periodo di prova alla prestazione del servizio per nomina definitiva, con designazione identica a quella degli art. 68 e 361 e non si riferisce alla stabilità che è una qualità del rapporto d'impiego, corrisponde ad una fase di esso e, per il significato proprio delle parole risultante dallo stesso T. U., è indicata con espressioni aderenti ad essa, diverse da quelle usate quando la legge si riferisce non alla stabilità ma all'atto di nomina.

Da un punto di vista logico è poi da osservare che la legge non ha considerato il rapporto di impiego *in atto* per assicurare *identica condizione giuridica* in altro Comune: se l'art. 70 proteggesse la stabilità, come tale, in quanto è il risultato di un esperimento obbiettivamente identico, il periodo di prova sarebbe eliminato e non ridotto. Invece è stata stabilita soltanto una *limitazione* di durata: un anno.

Questa riduzione non presuppone necessariamente il *compimento della prova*, con risultato favorevole, e quindi la stabilità, ma è legata ad un'altra condizione giuridica, che l'art. 70 specifica chiaramente: prestazione effettiva di servizio per nomina divenuta definitiva in seguito a concorso.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

AREZZO. *Amministraz. Provinc.* — Medico di Sezione e Medico ordinario nell'Ospedale Prov. Neuropsichiatrico; titoli scientifici e pratici; scad. 20 sett., ore 12; stipendi L. 14.280 e L. 12.780; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 anni. Chiedere annunzi.

FROSINONE. *R. Prefettura.* — Uff. sanit. pel consorzio Frosinone, Ripi e Torrice; L. 18.000 e 4 quadrienni dec.; indenn. trasf. L. 3000; è inibito l'esercizio della libera professione. Scad. 31 agosto, ore 19.

IMPERIA. *R. Prefettura.* — Coadiutore presso la Sez. med.-micrograf. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 31 agosto, ore 12.

RAVENNA. *R. Prefettura.* — Uff. san. del capoluogo; L. 17.000 e 10 bienni ventes.; indenn. serv. att. L. 4000; compartecipazioni 50 e 75 %. Titoli ed esami. Scad. 20 agosto.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Giuseppe Carlo Riquier, direttore della Clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Pavia, è stato nominato socio corrispondente nazionale della Reale Accademia Medica di Torino.

Il Comitato del Cancro di New York ha conferito la medaglia Clement Cleveland alla signorina Eva Curie, autrice della nota biografia della madre. È la prima volta che tale distinzione viene assegnata a una personalità straniera.

NOTIZIE DIVERSE

6ª Conferenza della " Societas oto-rhino-laryngologica latina ".

Si terrà a Utrecht, dal 28 al 31 agosto, sotto la presidenza del prof. Quix. Il programma comprende:

I) RELAZIONI. Tema: « Labirinto vestibolare »; introduzione: prof. Quix, Utrecht; 1° Anatomia: *a)* Le vie nervose: prof. V. D. Brock, Utrecht; *b)* I centri vestibolari: prof. Ariens Kappers, Amsterdam; *c)* Anatomia e topografia degli elementi sensoriali: prof. V. Egmont, Utrecht; 2° Fisiologia: *a)* dei canali semicircolari: prof. Tullio, Parma; *b)* degli organi otolitici: prof. Tenaglia, Milano; *c)* dei centri vestibolari: prof. Di Giorgio, Firenze; 3° Esame clinico: *a)* dei canali: dott. Helsmoortel *jr.*, Anversa; *b)* degli otoliti: dott. Moulonguet, Parigi; 4° Frattura del labirinto e della rocca petrosa: dott. Ramadier, Parigi; 5° Le vertigini auricolari: dottori Bouchet, Aubry e Ombrédanne, Parigi; 6° Il mal di mare: prof. Metzianu, Bucarest.

II) DISCUSSIONE GENERALE: I sulfamidi in Oto-Rino-Laringoiatria; introduttore: dott. De Mendonça, Lisbona.

III) CONFERENZE: 1° La chirurgia del seno frontale e sue complicazioni: dott. De Sanson, Rio de Janeiro; 2° I recenti progressi nel trattamento dei cancri: dott. Hautant, Parigi; 3° Infezioni focali in Oto-Rino-Laringoiatria: prof. Bruzzi, Napoli.

Quota: 150 franchi francesi per i congressisti e 50 per le persone di famiglia, da versare sul C. C. Postale « Societas Oto-Rhino-Laryngologica Latina », 461-28, Lyon; o mediante assegno bancario al segretario generale, Dr. Chavanne, place des Cordeliers 5, Lyon (Francia).

Le giornate mediche di Bruxelles.

La 18ª Sessione delle « Giornate mediche di Bruxelles » si è svolta, eccezionalmente, a Liegi, in occasione della Mostra internazionale dell'acqua e dell'inaugurazione del Canale Alberto.

Essa ha confermato e sanzionato il successo delle precedenti riunioni. Malgrado le difficoltà del momento, vi sono state rappresentate 35 Nazioni.

Alla cerimonia inaugurale, il 24 giugno, l'intervento del ministro della sanità pubblica, Jaspar, attestò l'interesse da lui portato alla manifestazione e al mondo medico. Egli espresse i suoi sentimenti in termini cordiali.

La conferenza inaugurale fu tenuta dal prof. P. Mauriac, della Facoltà medica di Boreaux, il quale lumeggiò vari concetti, come il valore della coscienza del medico, l'inviolabilità del segreto professionale, il diritto alla libera scelta del medico; questo dev'essere un uomo di coltura, di tecnica e di cuore.

Seguirono, fino al 27 giugno, numerose conferenze, in varie aule, il che consentì ai convenuti di scegliere i soggetti che più li interessavano. Il prof. P. Sisto di Torino trattò il tema: « L'insufficienza circolatoria nell'ipertiroidismo ».

Contemporaneamente si riunirono 15 società e organizzazioni nazionali e internazionali, tra cui

le Giornate internazionali di traumatologia e delle malattie professionali e quelle di medicina sociale.

Ebbero luogo vari ricevimenti e trattenimenti, varie visite, un'escursione alla Stazione idrotermale di Spa e una al Canale Alberto, lungo 122 km. e che congiunge Liegi ad Anversa.

Convegno medico di medicina rurale.

Il 16 luglio ha avuto luogo in Pistoia l'annunziato Convegno di medicina rurale, a chiusura del corso di lezioni di medicina rurale tenutosi nel corrente anno per organizzazione dell'Accademia Medica Pistoiese presieduta dal prof. C. Cantieri: il primo corso del genere in Italia.

Numerosi gli intervenuti. La Confederazione Nazionale Fascista dei Lavoratori dell'Agricoltura era rappresentata dal prof. Pellegrini dell'Università di Padova, dal prof. Aiello direttore del Centro Medico del lavoro agricolo, dal prof. Sammartino dell'Università di Ferrara; il Patronato Nazionale di Assistenza sociale, Presidenza di Roma, era rappresentato dall'avv. E. Carli, direttore tecnico centrale e dal prof. A. Loro, capo dell'Ufficio Medico Legale. Erano rappresentati gli ospedali di Pistoia, Firenze, Treviso, Varese, Prato, Lugo, S. Marcello, Sansepolcro, Barga; molti Istituti di Medicina Legale fra cui quelli di Padova, Siena, Firenze, Pisa; gl'Istituti d'igiene di Siena e di Firenze; l'Istituto di Farmacologia di Firenze; l'Istituto di Fisiologia di Bologna; la Clinica Ostetrica di Pisa; la Clinica stomatoiatrica di Firenze; la Clinica medica di Firenze; l'Ispettorato Sanitario FF. SS. di Firenze; il Laboratorio Provinciale d'Igiene e Profilassi di Firenze; la Sezione Tosco Umbra per la Lotta contro la tubercolosi; il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Siena e di Firenze; il Centro antiasmatico di Tobiano; le Mutue Lavoratori di Agricoltura di Firenze, di Pisa, di Perugia e di Pistoia; il Sindacato Medico Fascista di Siena ecc. ecc.

Il prof. Greppi svolge una relazione sulle « Dispepsie dei rurali »: parla delle dispepsie gastriche (epigastralgie) illustrando quelle a substrato infettivo, quelle per periviscerite cronica, per foci viscerali e extraviscerali, per gastroduodenite ed ulcere. Illustra con esposizione statistica le gastroduodeniti e ulcere, considerandole in rapporto con i fattori determinanti e col quadro clinico e radiologico.

Intervengono nella discussione Sammartini, Pisani, Cantieri, Loro, Roatta. Seguono le comunicazioni, in numero di 21.

Il Convegno si chiude a Pescia dopo una gita turistica attraverso la Val di Nievole.

Altri congressi e convegni.

La Società italiana di chirurgia si adunerà a Napoli dal 19 al 22 ottobre. Temi: 1) « Traumi chiusi dell'addome », rel. prof. G. Ceccarelli, Perugia; 2) « Chirurgia delle surrenali », rel. prof. L. Durante, Genova; 3) « Sindromi bantiane » (in comune con la Soc. it. di medicina interna), relatore per la chirurgia, prof. G. Castiglione, Milano; relatore per la medicina interna, prof. D. Cesa Bianchi, Milano. Segretario: prof. P. Valdoni, R. Clinica chirurgica, Roma.

Si è tenuto a Bonn il Congresso internazionale della società europea di ortodontia. I lavori si sono iniziati con una relazione ufficiale del prof. Edmondo Muzi, dell'Università di Roma, sulle cause che determinano le deformità dei mascellari.

Il 10° Congresso internazionale della stampa tecnica si svolgerà a Berlino dal 24 al 30 settembre; sarà diviso in 5 Sezioni. Sono in programma ricevimenti, trattenimenti, visite e gite varie. La C.I.T. ha organizzato viaggi da e per Verona: prezzi complessivi di L. 1330 e di L. 1220. Chiedere il programma all'Associazione Italiana della Stampa Tecnica, via Mercanti 2, Milano.

Il 1° Congresso internazionale sul tabacco si terrà a Dresda dal 25 al 30 settembre; avrà una Sezione chimica-igienica, d'interesse medico.

In Ungheria la Società dei medici per la difesa interna ha tenuto il 1° Congresso dei medici ungheresi dello sport.

Il 5° Congresso internazionale di assistenza e di pronto soccorso per gli infortuni si è svolto a Zurigo ed a St. Moritz, dal 23 al 28 luglio. Tra i relatori sono: Bonola (Bologna) e Ragnotti (Milano). Segreteria: Schmerzbergstrasse 5, Zurigo.

Il 2° convegno piemontese di tisiologia, organizzato dalla Sez. piemontese della Federazione antitubercolare (presidente prof. C. Gamna, delegato regionale prof. G. Ferrando) si è svolto a Torino il 2 e il 3 luglio; è stato discusso il tema: « Tubercolosi e funzioni materne » affidato al prof. E. Cova (per la parte clinica) ed ai proff. G. Ferrando e F. Lorenzetti (per la parte socialeassistenziale).

Corsi di perfezionamento.

L'Istituto nazionale per le relazioni culturali con l'estero porta a conoscenza che, ad iniziativa del Ministero dell'Istruzione spagnolo e con la partecipazione delle nostre rappresentanze diplomatiche, avrà luogo a Santander nei mesi estivi una serie di corsi di cultura italo-spagnola, ai quali interverranno da ogni parte della Spagna insegnanti medî ed universitarî, nonchè personalità della cultura.

In questa occasione, a cura del prof. Fantucci quale esperto per le relazioni culturali con l'Italia presso il Ministero dell'Educazione spagnolo, verrà organizzata una Mostra dei periodici italiani.

A complemento della notizia da noi data sul corso di perfezionamento a Budapest (fasc. 30, p. 1371), aggiungiamo che tra i docenti sono i proff. R. Wybauw (Bruxelles) e E. Pisani (Montecatini); l'Italia sarà dunque rappresentata.

Un corso pratico di terapia dermatologica sarà tenuto a Parigi nella seconda quindicina di gennaio 1940, sotto la direzione del prof. Sézary; il numero degli allievi è limitato. Per informazioni rivolgersi allo Hôpital Saint-Louis (pavillon Louis Brocq), Parigi.

Nuovo padiglione per i malati del viso a Milano.

Il Prefetto di Milano sen. Marzano ha riunito il 17 luglio in Prefettura il senatore De Capitani D'Arzago nella qualità di presidente della Cassa di Risparmio, il sen. Pepere, rettore della R. Università, il C. N. Marinotti, i rappresentanti del Podestà, del Segretario federale, il presidente dell'Ospedale Maggiore ed altre personalità cittadine allo scopo di esaminare il problema finanzia-

rio della costruzione del progettato nuovo padiglione per l'assistenza e la cura dei malati al viso. Il Prefetto ha spiegato le ragioni della convocazione e l'acc. Carlo Valvassori Perrone, presidente dei Regi Istituti clinici di perfezionamento, ha messo in rilievo l'importanza dal punto di vista sociale di questa forma di assistenza ai malati del viso, l'insufficienza del piccolo padiglione esistente e la conseguente necessità di provvedere con urgenza alla costruzione di un nuovo padiglione che permetta di fare fronte a tutte le necessità.

Il sen. De Capitani ha assicurato l'adesione della Cassa di Risparmio; il sen. Pepere ha rilevato l'importanza della nuova assistenza per ciò che riguarda la chirurgia ricostruttiva aderendo in pieno alla costruzione del nuovo padiglione. Il C. N. Marinotti ed il vice Podestà, comm. Laura, hanno assicurato il concorso della provincia e del comune il quale ultimo darà gratuitamente l'area alla Città di Studi in una zona limitrofa a quella dove sorgerà il Policlinico.

L'Italia prende possesso dell'ospedale francese di Harar.

In attuazione dei precedenti provvedimenti di espropriazione e in base ad accordi definitivi intervenuti con le autorità francesi, il Governatore, accompagnato dalle autorità del Governo e alla presenza dei capi, dei notabili e di numerosa folla di indigeni, ha preso possesso dell'ospedale francese di Harar. L'ospedale, che si trova nell'antica città indigena, è stato destinato alla cura ambulatoria e al ricovero degli ammalati indigeni. Esso è stato intitolato, con decreto governatoriale, al nome di Ugo Ferrandi, in memoria del grande esploratore novarese, che fu tra i primi a raggiungere Harar dove visse per parecchi mesi nel 1886.

Azioni giudiziarie.

Un medico di Roma, che aveva praticato una iniezione intrarteriale di un preparato di una ditta di Milano per combattere una grave forma setticemica, fu denunciato al Tribunale di Roma per imperizia, in quanto l'iniezione — secondo un perito — avrebbe provocato la gangrena del braccio e accelerato la morte del paziente.

Con una elaborata sentenza, il Consigliere istruttore ha escluso la colpa professionale, per il principio secondo il quale non si ritiene punibile la « culpa levissima », cioè quella che presuppone una perizia eccedente i limiti dell'ordinaria competenza, non potendosi richiedere, almeno ai fini penali, attitudini straordinarie di dottrina e di esperienza da parte del professionista. Occorre, osserva il giudice, riferirsi alla media e comune abilità professionale e non a quella che si può pretendere da professionisti specializzati in una determinata branca di attività o di lunga esperienza. E altro canone fondamentale è che l'imperizia e la negligenza non devono essere valutate in senso assoluto, astratto, ma in rapporto alle condizioni speciali di tempo e di ambiente in cui il professionista esplica le sue mansioni.

Nè si può prescindere dal criterio discrezionale che pure bisogna riconoscere al professionista stesso, e in ispecial modo al medico che sia chiamato al capezzale di un infermo, senza neutralizzare altrimenti la sua opera col timore continuo e assillante di potere incorrere in una pena; sempre che, s'intende, non si versi in un caso di vera e propria azione temeraria, mediante l'uso di rimedi assolutamente inadatti o propinati in modo irrazionale o in dosi inadeguate.

Alla stregua di tali principi, tenuto conto che il medico di fronte a un malato gravissimo, volle tentare un estremo rimedio con la speranza, sia pure tenue, di poter salvare una vita umana, la sentenza conclude escludendo la colpa del medico.

Il prof. E. M., primario neurologo in un ospedale della Lombardia, il 6 agosto 1934 praticava una pneumo-encefalo-radiografia in un paziente, Angelo Colombo, per l'accertamento diagnostico di un tumore; seguiva la morte, durante la stessa sera. Da ciò una causa intentata dalla vedova del paziente contro il primario e contro l'ospedale. In istruttoria veniva pronunziata sentenza di assoluzione, nel febbraio 1935; ma la parte agente conveniva il primario e l'ospedale in Tribunale, che, nel gennaio 1938, disponeva d'ufficio una perizia; contro questa sentenza si appellava la Colombo, mentre gli appellati chiedevano l'accoglimento di un appello incidentale, per l'immediata assoluzione; in tal senso si è pronunziata la Corte d'Appello di Milano, I Sezione Civile. Della vicenda sono date ampie notizie sul « Corriere della Sera », 20 luglio.

Un po' dovunque.

Il C. N. Bruno Biagi, presidente dell'Istituto naz. fascista della previdenza sociale, ha illustrato al Duce l'andamento delle gestioni assicurative affidate all'Istituto, in base alle risultanze dei bilanci. Il Duce ha preso atto della relazione ed ha elogiato l'opera svolta.

Il Consiglio d'amministrazione ha deliberato di erogare un milione di lire in favore dell'attività assistenziale e sociale del Regime. Il Duce ha ripartito la somma; tra l'altro, ha assegnato lire 100.000 all'Ospedale Mauriziano di Aosta.

Ha iniziato il suo funzionamento il grandioso ospedale civile di Casale inaugurato dal Duce nelle sue recenti visite al Piemonte. Esso è costato circa 20 milioni ed è dotato dei più moderni servizi.

Ha avuto luogo presso il Ministero dell'Interno, onorata dalla presenza della Principessa di Piemonte, la riunione di chiusura del raduno delle direttrici delle scuole-convitto professionali per infermiere e delle scuole per assistenti sanitarie visitatrici. Erano anche presenti il Sottosegretario di Stato all'Interno, il Direttore Generale della Sanità Pubblica, il senatore Raffaele Bastianelli, commissario ministeriale del Sindacato Nazionale dei medici, e gli altri componenti la commissione consultiva per le scuole predette.

Il Duce ha ricevuto il senatore prof. Pende che gli ha fatto omaggio della sua nuova opera sulla Biotipologia umana, scienza basale prettamente italica e fascista della bonifica umana nel Regime. Gli ha pure fatto omaggio del nuovo modello del libretto personale clinico-individuale dalla nascita all'età adulta.

Nell'Istituto olandese del cancro « Antonj van Leewenhock-Huis » di Amsterdam, i laboratori

Philips-Einthoven » hanno installato un tubo Roentgen capace di funzionare sotto il potenziale di un milione di volta; può provvedere raggi penetranti equivalenti a quelli forniti da un altissima dose di radium; si possono trattare tre pazienti contemporaneamente; la cabina di protezione ha pareti in cemento di bario spesse 12 cm. (Presse Méd., 15 luglio 1939).

Si è iniziata a Buenos Aires, col 30 maggio, la pubblicazione de « La Revista de Medicina y Ciencias afines », a cura dell'Associazione di medicina e scienze affini presso l'Amministrazione sanitaria e d'assistenza pubblica; è a periodicità indeterminata. Reca pregevoli contributi originali e materiale vario. È diretta da C. A. Allende. Sede: Eduardo Avecedo, 750.

Nella Facoltà medica dell'Università di Zurigo sono stati organizzati corsi di perfezionamento in lingua inglese, dal 20 al 26 agosto.

Secondo dati raccolti dalla « Münch. Med. Woch. » (14 luglio 1939), il consumo di birra nel 1938 è stato, in media, a persona, di litri 168 nel Belgio, 93 in Francia, 79 in Irlanda, 73 in Inghilterra e 68 in Germania.

A Bad Neuenahr, in Germania, si sono iniziate col 25 giugno le cure uvali; l'uva è prodotta localmente, da una Società per colture di lusso, in serre le quali coprono 10.000 mq.

Il Ministero della posta della Germania ha stabilito che il personale, durante i rapporti col pubblico non debba fumare; così pure nel servizio esterno; è fatto divieto assoluto di fumare ai conducenti di autocarri.

L'Ufficio pel turismo del Regno Jugoslavo, « Putnik », ha organizzato numerose crociere alle città costiere di Dalmazia, Albania, Grecia, Libia, Italia, Francia; saranno integrate da visite all'interno.

La cittadina natale di Roberto Virchow, Schivelbein, in Pomerania, ha costituito un parco al quale ha dato il nome del Virchow.

I giornali hanno dato notizia del piroscafo « Brasslau », carico di circa 650 ebrei che non sono riusciti a penetrare in Palestina, sul quale si è manifestata un'infezione di natura non precisata, con esito in molte morti. Le autorità francesi hanno permesso alla nave di avvicinarsi al porto di Beirut, per provvedimenti d'urgenza.

Il Tribunale di Pavia ha condannato un medico, per circonvenzione d'incapace, a due anni e sei mesi di reclusione, pena amnistiata.

Il direttore di un ospedale di Sidney, che aveva da tempo notato il contegno enigmatico di alcuni suoi ammalati, ha finito per accertarsi che, ad istigazione di un infermiere, essi avevano impegnato una singolarissima gara: a chi covava meglio le uova.

In una farmacia di Liegi è stato arrestato un giovane assistente, sotto l'accusa di avere avvelenato due signore, per devolvere a proprio profitto gl'indennizzi d'assicurazione; è sospettato anche di tre altri delitti. Le sue vittime sarebbero morte in seguito ad apparenti crisi cardiache.

Nel manicomio di Treviso un demente, venuto in possesso, non si sa come, di un'arma tagliente, aggrediva l'infermiere Amedio Brunetti e gli produceva una profonda ferita alla gola.

Il reclutamento inglese per il servizio militare ha dato, nei primi 50.000 uomini, 2,6 % di inidonei, 4,9 % di idonei a servizi leggeri e 92,5 % d'idonei a tutti i servizi. (Lancet, 8 luglio).

Il « Sunday Times » di Johannesburg informa che fra i 250.000 indigeni del Transvaal settentrionale si sono registrati dall'inizio dell'anno in corso circa 20.000 casi di morte da malaria. L'inviato del giornale riferisce che dall'80 al 90 per cento dell'intera popolazione è colpita dal morbo. Il ministro d'igiene ha dovuto erogare questo anno circa 100.000 sterline per combattere la malattia.

Nell'ospedale civico di Melzo (Milano) si è sviluppato un incendio, che ne ha danneggiato un'ala; non si deplorano vittime; la biblioteca è stata salvata; i danni si valutano a 80.000 lire.

Sul piroscafo « Exalibur », navigante presso Napoli, un serbatoio di benzina esplodeva e s'incendiava; nelle vicinanze era, in costume da bagno, il dott. Herman Goodman, di 45 anni, direttore di un ospedale di New York; egli riportava gravi ustioni. Altri due passeggeri rimanevano ustionati leggermente.

In un bolide caduto il 2 febbraio presso San Francisco di California il prof. Lipman, dell'Università di Berkeley, avrebbe ora rinvenuto sostanze organiche e microrganismi spirillari, forniti di ciglia e coltivabili.

Sono state portate alcune variazioni nell'ordinamento degli studi medici in Germania: l'istologia è passata dal 1° al 3° semestre; la fisiologia del lavoro, dello sport e della vita militare dal 3° al 4° semestre; l'igiene dal 5° al 6° semestre; il numero delle ore settimanali di lezioni è stato ridotto di una per la fisiologia patologica e aumentato di una per la farmacologia.

La « Münchener Mediz. Woch. » alla fine del mese di giugno ha fatto delle elargizioni varie, per un importo complessivo corrispondente ad oltre mezzo milione di lire it.

Il prof. Lamberto Piergrossi, libero docente di radiologia medica e insegnante di fisica dei raggi X presso l'Univ. di Napoli, per l'azione dei raggi stessi ha dovuto subire l'amputazione del medio della mano destra; egli dovrà poi farsi amputare anche il medio e l'anulare della mano sinistra.

In Francia sono avvenuti alcuni scandali riguardanti i rifornimenti alimentari all'Esercito e alla Marina militare. Nella guarnigione di Parigi si erano segnalati, da qualche tempo, casi di trichinosi; si è riconosciuto che erano dovuti a carne di maiale insufficientemente ispezionata e mal cotta.

Uno scandalo è scoppiato nell'amministrazione ospedaliera di Marsiglia: un'inchiesta ha rivelato che il materiale sanitario e perfino gli strumenti chirurgici dell'ospedale principale erano messi metodicamente a sacco da parte del personale. In seguito a perquisizione domiciliare sono stati sequestrati apparecchi ginecologici di cui sei infermiere, arrestate, si servivano senza dubbio per pratiche criminali. Esse sono state deferite al tribunale.

Anche questo è uno dei nefasti risultati dell'amministrazione socialista a Marsiglia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. It. di An. e Ist. Pat., apr. — G. VILLARÀ. Arteriosclerosi del pancreas; id. della milza. — G. PREVITERA. Arteriosclerosi dell'appar. diger.

Brit. Med. Journ., 8 apr. — F. J. T. BOWIE e al. Chemoterapia della gonorrea. — T. ANDERSON, J. C. HOGARTH. Chemoterapia, chemoprofilassi del morbillo.

Lancet, 8 apr. — R. LERICHE. L'idea listeriana nel 1939.

Gaz. d. Hôp., 8 apr. — Id. id.

Rif. Med., 5 apr. — A. CHIASSERINI. Leptomeningite ottico-chiasmatica.

Speriment., febbr. — G. MONTEMARTINI. Fenomeni immunitari da catgut. — G. PETRASSI e al. Quadro fisiopatologico dello shock ipoglicemico.

Minerva Med., 7 apr. — A. RABINO e S. MIGHETTI. Pneumovaselinotorace extrapleurico endofacciale.

Lancet, 15 apr. — G. MELTON, G. ALSTED. Sulfapiridina.

Paris Méd., 15 apr. — Acque minerali. Climatoterapia.

Biol. Med. Journ., 15 apr. — R. LERICHE. L'idea Listeriana nel 1939. — J. W. LINNELL e G. KEYNES. Trattam. chirurg. della tireotossicosi

Rev. de Chir., apr. — P. SANTY. Funzionam. delle gastrectomie. — G. GIRARD e R. WEIL. Prolassi uterini.

Med. Welt., 15 apr. — K. KOLPKE. L'ipertensione e suo trattamento. — E. WANNEUMACHER. Le conoscenze di odontologia utili pel medico pratico.

Deut. Med. Woch., 14 apr. — PETERMANN. Trattam. delle ferite in pace e in guerra. — PENDE. Cura chirurg. dell'ipertensione arter.

Arch. intern. Med., mar. — H. L. HARRINGTON e C. HUGGINS. Remoz. del tono della circolaz. — J. DEWEY BISGARD. Ipertiroidismo e ipertens. — I. J. STEWERT e G. J. HENER. Pericardite cron. adesiva.

Amer. journ. Med. Sc., apr. — W. F. FRIEDEWALD e G. A. HUNT. La diagnosi di turalemia. — A. MARBLE e al. Glicosuria non diabetica.

Rif. Med., 15 apr. — A. SACCHETTI. Terapia del diabete con insulina ed estratti di feg.

Indice alfabetico per materie.

Aborto provocato da raschiamento . . *Pag.* 1402
Alcoolismo: danno sociale . . . . . . » 1405
Autista che si addormenta al volante . . » 1396
Bibliografia . . . . » 1397
Cancro e ferite di guerra . . . . . . » 1394
Cancro: i linfociti nel sangue . . . . » 1405
Cistiti croniche dolorose: cura chirurgica . . . . » 1402
Coda equina: sindrome inferiore della — . . . . » 1402
Cuore: estrazione di proiettili o d'altri corpi estranei . . . . » 1394
Dermopatie genitali pruriginose nella donna: etiopatogenesi e terapia . . » 1404
Embolie sperimentali arteriose . . . . » 1401
Fegato: azione dei raggi X . . . . . » 1401
Fegato: resezione . . . . » 1394
Gas tossici: rivelazione mediante lombrici e sanguisughe . . . . » 1406
Glomo carotideo: enervazione . . . . . » 1392
Intestino digiuno: perforazioni . . . . » 1402
Intestino tenue: stenosi: radiologia . . » 1401
Intestino tenue: tubercoloma: radiologia . . . . » 1398
Leucoplasia boccale . . . . » 1406
Malaria nei reduci dall'A. O. I. . . . *Pag.* 1391
Nevralgie del trigemino: interventi . » 1392
Odontoiatria: nozioni importanti per il medico pratico . . . . » 1395
Paralisi tardive dell'ulnare . . . . . » 1401
Periodo di prova abbreviato . . . . . » 1407
Puntura della cisterna o puntura lombare? . . . . » 1405
Ragade del capezzolo e mastite: trattamento . . . . » 1404
Reni: effetti della tiroidectomia . . . » 1406
Reni: traumi: funzionalità consecutiva . . . . » 1401
Rinofima e suo trattamento . . . . » 1403
Splenomegalia con tromboflebite . . » 1383
Sulfamidici: intolleranze ai — . . . » 1375
Trasfusione di sangue conservato . . » 1393
Tubercolosi esterne: fisioterapia . . . » 1404
Tubercolosi: problemi attuali della — . » 1388
Tumori sperimentali: influenza delle cicatrici . . . . » 1401
Ulcere indolenti croniche: medicature con insulina . . . . » 1404
Vaccinidi accidentali . . . . » 1403
Xantomatosi diffusa . . . . » 1403

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 7 Agosto 1939 - XVII Num. 32

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL «POLICLINICO» PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Note e contributi: P. Ciuffini: In tema di mielosi eritroleucemiche. (Considerazioni anatomo-cliniche).
Osservazioni cliniche: C. Luccioni: Osteomielite acuta primitiva del pube.
Sunti e rassegne: ORMONOTERAPIA: G. Rickel: L'ormone genitale maschile e sue applicazioni terapeutiche. — A. Lafitte e G. Huret: Squilibrio ovarico e dermatosi. Azione terapeutica dell'ormone maschile in certe forme di psoriasi e di eczema. — P. Macquot, R. Moricard e F. Saulnier: L'ormone terapia follicolinica. — CHEMIOTERAPIA: I. K. Wolff e H. W. Julius: Azione della sulfanilamide in vitro e in vivo. — R. Levent: Gli inconvenienti del trattamento sulfamidico. — P. e G. Bosse: I preparati sulfamidici per applicazioni locali in chirurgia. — W. Schulemann: Fondamenti della terapia farmacologica di malattie tropicali. — W. Kikuth: Successi chemoterapeutici nella medicina tropicale.
Divagazioni: R. Guillermin: Il vino in terapia.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Italiana di Gastro-Enterologia. — R. Accademia Medica di Roma.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: La diagnosi e terapia delle così dette neurosi postraumatiche seguenti a lesioni cranio-cerebrali. — Esiste anche un rachide parkinsoniano? — Emicrania e perturbazioni glicemiche. — Nefrite del plesso brachiale di origine meccanica. — Nevrite cubitale bilaterale nella pleurite siero-fibrinosa. — Le false nevralgie sciatiche. — Paralisi radiale post-sieroterapica. — Cura della meningite cerebro-spinale. — MEDICINA SCIENTIFICA: L'azione dell'acido urico sul miocardio. — L'ipercalciuria nella malattia di Basedow e sue conseguenze cliniche. — EPIDEMIOLOGIA: Nuove ricerche sull'eliminazione del virus poliomielitico per le feci. — IGIENE: La cattiva qualità del pane. — VARIA.
Rivendicazioni: La paternità dell'auto-uro-terapia.
Nella vita professionale: MARGINALIA: Où va l'Italie? — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Nostre corrispondenze: Da Bonn a Wiesbaden. — Da Torino.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN ROMA
I SEZIONE, diretta dal prof. P. CIUFFINI.

In tema di mielosi eritroleucemiche.
(Considerazioni anatomo-cliniche).

Prof. PUBLIO CIUFFINI, primario medico.

Sebbene la mielosi eritro-leucemica (acuta o cronica) costituisca una entità morbosa non più discutibile e non eccezionale, tuttavia il suo studio è ancora oggi interessante. Infatti spesso — quasi di regola — la malattia insorge e decorre con sintomi estremamente polimorfi, tali da essere problematica, senza il reperto ematico, una esatta diagnosi. Quindi l'utilità di rendere note osservazioni che, bene studiate, possano migliorare le conoscenze sul quadro clinico della malattia. D'altra parte alcuni peculiari reperti, non di rado, permettono di trattare delicati problemi istogenetici, che tuttora tengono desta l'attenzione dei morfologi, perchè insoluti, o non bene definiti.

Sotto questo duplice aspetto ho creduto opportuno di riferire il caso clinico che fu recentemente oggetto del mio studio.

D. S. Candida, di anni 55, nubile, casalinga entra nell'Ospedale di S. Giovanni di Roma, prima sezione, il 26 novembre 1938.

Storia clinica. — *Anamnesi.* Nessun fatto degno di interesse nell'anamnesi familiare. La paziente, che ebbe sviluppo normale e menopausa all'età di 48 anni, soffrì all'età di 5 anni di difterite; all'età di 12 anni di una grave angina tonsillare; frequentemente poi di stati morbosi febbrili transitori.

Nell'agosto 1938 l'inferma ebbe nuovamente una grave angina tonsillare, guarita senza postumi apprezzabili.

Nella prima decade del novembre 1938 la donna fu colta da febbre intorno ai 40°, da malessere generale, da dolori muscolari e ossei, da tosse con abbondante espettorazione; minzione scarsa e urente, alvo irregolare. Per l'aggravarsi di tale sintomatologia fu ricoverata in ospedale.

Esame obbiettivo. — Donna di costituzione scheletrica regolare, con pannicolo adiposo scarso, con colorito molto pallido della cute e delle

mucose visibili. Sensorio integro; decubito indifferente, polso ritmico, molle, frequente (120 al m').

Alle ascelle linfoghiandole tumide, le maggiori grosse come noci avellane, non confluenti, indolori. La cavità orale presenta la lingua umida e patinosa, la mucosa gengivale, tonsillare e faringea fortemente arrossate e cosparse di aree necrotiche e ulcerative. Alla base polmonare destra si apprezza un'ampia zona ipofonetica in corrispondenza della quale l'ascoltazione fa rilevare rantoli raggruppati a grosse e a medie bolle, sonori, e respiro quasi anforico. Cuore con diametri normali e primo tono alla punta forte e vibrato. A carico dell'addome non si rileva altro che un modico aumento della milza.

Esami di laboratorio. — Pressione Mx 130, Mn 85. Reazione di Widal negativa. Diazoreazione negativa. Reazione di Wassermann negativa. Reazione di Meinicke negativa. Cloruremia 5,55 ‰; cloruri nelle orine 5 ‰; acido urico 0,60 ‰; urobilina presente; pigmenti biliari assenti; corpo di Bence-Jones assente.

Esame ematologico. Hb 45; gl. rossi 2.620.000; valore globulare 0,80; gl. bianchi 112.000; polinucleati neutrofili 2 %, linfociti 2 %, emocitoblasti 3 %; mieloblasti proneutrofili 80 %, promielociti neutrofili 10 %; mielociti neutrofili 3 %. Modica anisocitosi e poichilocitosi. Reticolociti, corpi di Jolly, corpi anulari di Cabot, granulazioni azzurrofile, policromatofilia azzurrofila, eritroblasti ortocromatici, policromatici, basofili e proeritroblasti. Piastrine (secondo Fonio e Naegeli) 102.000, megacariociti integri, in piastrinopoiesi, con nucleo nudo, lembi di protoplasma megacariocitico (senza nucleo).

Esame radiologico: addensamento ilare da probabile ipertrofia ghiandolare e ascesso nel lobo inferiore del polmone destro.

VERBALE DI AUTOPSIA.

I. Esame esterno. — Cadavere di sesso femminile dell'età apparente di circa anni 55, di costituzione scheletrica regolare, con pannicolo adiposo molto scarso, con masse muscolari ipotrofiche, con colorito pallidissimo della cute e delle mucose visibili. Nella mucosa orale si rilevano ulcerazioni isolate e confluenti e chiazzette nerastre a superficie necrotica. Agli arti e al petto petecchie emorragiche.

Rigidità cadaverica risoluta ai muscoli della faccia, del collo e degli arti superiori, presente ai muscoli degli arti inferiori; fenomeni putrefattivi praticamente assenti.

II. Esame interno. — *a*) Cavità cranica, nulla di notevole. *b*) Cavità toracica: posizione degli organi regolare. Aia cardiaca di ampiezza normale. La cavità pleurica destra contiene circa 500 cmc. di liquido giallastro, torbido; la cavità pleurica sinistra presenta tenui aderenze in corrispondenza dell'apice, per il resto è perfettamente normale.

Il polmone destro mostra un opacamento fibrinoso della pleura più intenso nel segmento inferiore; tutto il lobo inferiore, di colorito violaceo, appare aumentato di volume e di consistenza e, alla superficie di taglio, si presenta privo di aria e occupato, nella parte centrale, da una cavità, grossa come un'arancia, ripiena di pus fetido e avvolta da un alone emorragico. Il lobo medio e superiore e il polmone dell'altro lato sono bene aereati ovunque. Nulla di notevole a carico dei vasi polmonari e delle grosse diramazioni dei bronchi. Le linfoghiandole ilari e peribronchiali sono grosse come nocciole. La cavità pericardica contiene scarso liquido limpido citrino, la sierosa è lucida e tersa ovunque, solo si osservano al disotto dell'epicardio delle piccole petecchie emorragiche. Cuore di forma e volume normale; orifici valvolari integri ma insufficienti, miocardio flaccido e torbido; grosse diramazioni delle arterie coronarie con limitate chiazzette lipoidiche. Nel segmento iniziale dell'aorta e dell'arteria polmonare ispessimenti intimali di colorito giallognolo.

c) Cavità addominale. Posizione degli organi regolare. Milza di forma globosa di volume aumentato (peso gr. 350), di consistenza dura, con capsula ispessita e aderente agli organi circostanti; alla superficie di taglio il parenchima mostra un colorito rosso scuro diffuso e i follicoli non sono più riconoscibili. Stomaco e intestino senza modificazioni apprezzabili. Pancreas e ghiandole surrenali con iniziali fenomeni cadaverici. Fegato di forma normale, di volume aumentato (peso gr. 2000) con glissoniana trasparente ovunque; al taglio parenchima di colorito grigiogiallognolo cosparso di chiazzette e strie sottili, grigiastre, talora disposte a rete. Reni di forma e volume normale con capsula bene svolgibile e superficie sottocapsulare liscia, grigiastra; al taglio corticale tumida, pallida, nettamente distinta dalla midollare iperemica. Nulla a carico dei bacinetti, degli ureteri, della vescica e dei genitali. Tiroide di forma e volume normale senza reperto macroscopicamente apprezzabile: lo stesso dicasi per le paratiroidi inferiori, per il laringe, il faringe, la trachea e l'esofago.

Le linfoghiandole delle regioni ascellari sono grosse come noci, non fuse insieme, al taglio di colorito roseo; negli altri distretti sono apparse di aspetto perfettamente normale. Il midollo osseo delle coste e dello sterno appare grigio-biancastro.

Esami istologici. — (Sono stati prelevati frammenti di tutti gli organi, fissati in formolo al 10 % e colorati con i metodi fondamentali; sono stati anche eseguiti strisci di midollo osseo e di polpa splenica e colorati con il May-Grunwald-Giemsa).

Per quanto riguarda gli organi emopoietici si rilevano i reperti consueti: le linfoghiandole (ascellari) hanno perduto completamente la loro architettura normale e mostrano una diffusa struttura mieloide; uguale reperto si osserva nella milza, ove si mette in evidenza una invasione massiva di elementi granulocitogeni (emocitoblasti, promielociti, ecc.); il midollo osseo appare completamente invaso, anche nella componente adiposa, da elementi della serie granulocitica ed eritrocitica in tutte le fasi della loro maturazione.

Fra gli altri organi colpisce, per la tipicità delle lesioni, il fegato che presenta una infiltrazione diffusa e nodulare di tessuto mieloide; aspetti analoghi si mettono in evidenza anche nei reni, ove si assiste ad una infiltrazione massiva di elementi immaturi, che in certi segmenti ispessiscono tutta la trama interstiziale.

(Non ho dimostrato proliferazioni mieloidi nelle pareti vasali, causa frequente di emorragia: infatti nè durante la malattia e nemmeno al

tavolo anatomico sono emersi fenomeni emorragici di un certo interesse).

Nel *parenchima polmonare*, che macroscopicamente risultava colpito da un processo broncopolmonitico, si osserva una imponente proliferazione di cellule istioidi le quali, in certi tratti, infiltrano estesamente il tessuto e con intensità tale da distruggerne ogni struttura. Questi aspetti predominano, ma si trovano anche segmenti ove la proliferazione mesenchimale, meno vivace, è contenuta entro i confini alveolari e avvolta da maglie di fibrina; una tale disposizione si può vedere in pochi alveoli, magari in uno solo sitratta però di reperti eccezionali e su questo elemento insisto per la migliore definizione del quadro istopatologico. Tale alveolite leucemica, in senso stretto, si osserva alla periferia delle aree di proliferazione istiocitaria (fig. 2) e non interessa più di 2-3 alveoli (fig. 2).

In altri campi si possono vedere alveoli ripieni di siero nel quale sono immersi in vario numero, ma non abbondanti, grandi cellule, rotonde o ovalari, con ampio alone citoplasmatico acidofilo, con nucleo rotondo ricco di cromatina.

Il tessuto che delimita la cavità ascessuale ha perduto completamente la struttura alveolare non

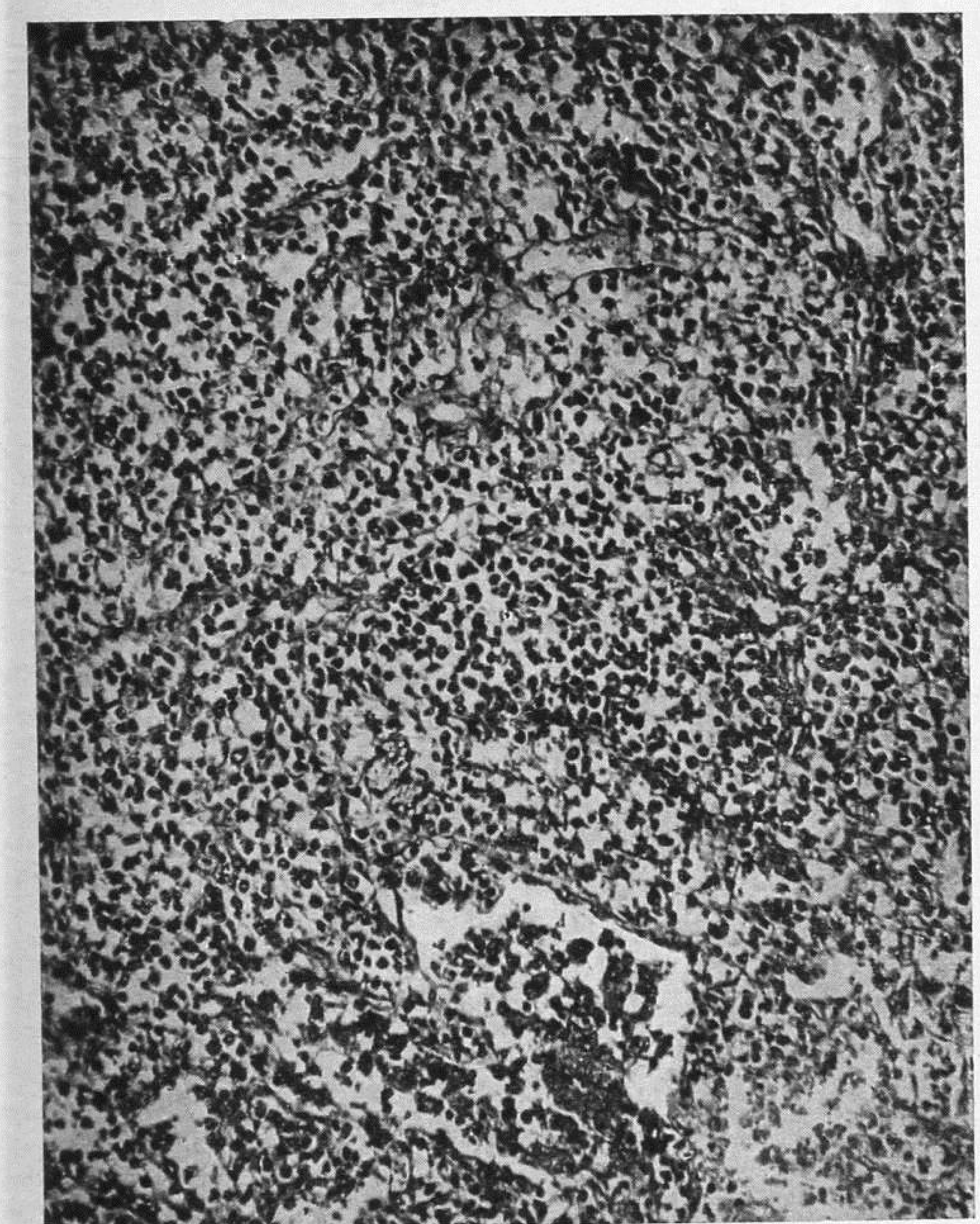


FIG. 1. — Donna di 55 a.; formolo, ematossilina-eosina.
Diagnosi anatomo-clinica: mielosi eritroleucemica acuta incompleta.
Polmone: proliferazione diffusa di cellule istioidi; in basso è ancora conservato un alveolo ma con essudazione istiocitaria.

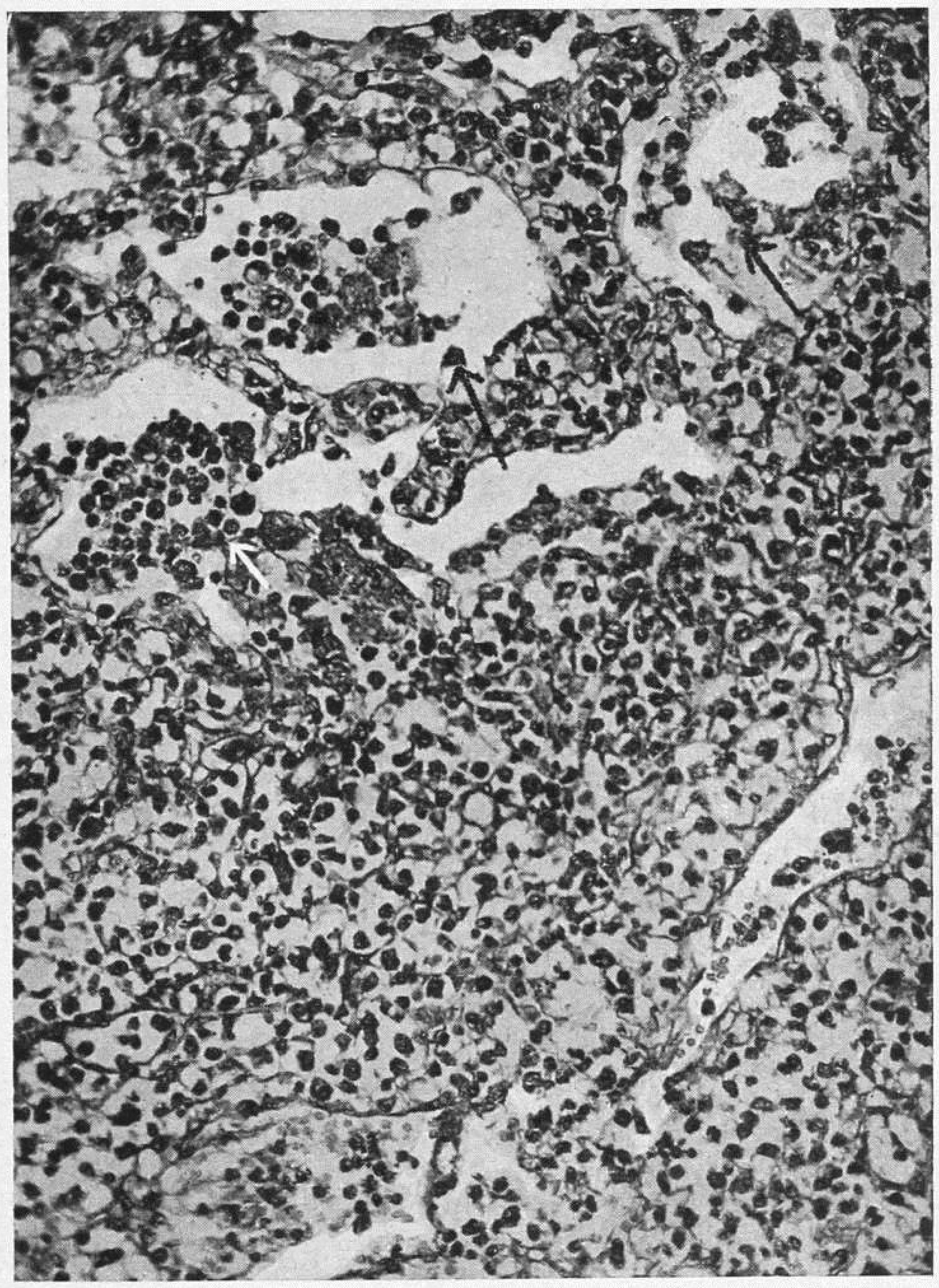


FIG. 2. — Donna di 55 a.; formolo, ematossilina-eosina.
Diagnosi anatomo-clinica: mielosi eritroleucemica acuta incompleta.
Polmone: ampia zona di proliferazione istioide massiva. accanto ad aspetti di alveolite leucemica (in alto, indicati dalle frecce).

tuato al centro di un'ampia infiltrazione uniforme (fig. 1), oppure può estendersi a numerosissimi gruppi di alveoli più spesso isolati, ma non di rado avvolgenti le aree di proliferazione istiocitaria massiva.

Il reperto è, dunque, dominato da questa proliferazione istiocitaria, che però non costituisce l'espressione esclusiva del processo infiammatorio; infatti, sebbene estremamente rari, si possono trovare anche alveoli contenenti elementi bianchi immaturi del tutto simili a quelli che circolano entro i vasi sanguigni; fra questi, talora, ho potuto vedere, anche, qualche rarissimo granulocita e in certi punti non rare emazie. Si

solo per i fenomeni necrotici, ma soprattutto per la proliferazione istioide vivacissima ed estesa; i granulociti e le cellule bianche immature costituiscono anche in questi tratti un reperto eccezionale.

La proliferazione degli elementi mesenchimali, in atteggiamento di normale reazione istioide, solo eccezionalmente in metaplasia leucemica, non si limita solo a questi tratti ma — sebbene in misura più tenue — persegue tutto il disegno settale (dei due polmoni), che risulta ispessito irregolarmente (fig. 3) ma diffusamente e appare evidente pure all'intorno e nello spessore stesso dei vasi (fig. 4) e dei bronchi.

RIASSUMENDO: Trattasi di una donna di 55 a., che circa 30 giorni prima della morte è stata colpita improvvisamente da febbre alta, stomatite ulcerosa, tumefazione della milza e delle linfoghiandole, dolori ossei e muscolari. All'esame ematologico mielosi eritroleucemica acuta incompleta. Al tavolo anatomico, epato-splenomegalia, midollo pioide, broncopolmonite in evoluzione ascessuale. Istologicamente infiltrazione mieloide nei vari tessuti; nel polmone vivacissima proliferazione del sistema mesenchimale, alveolite istiocitaria con tenue orientamento leucemico.

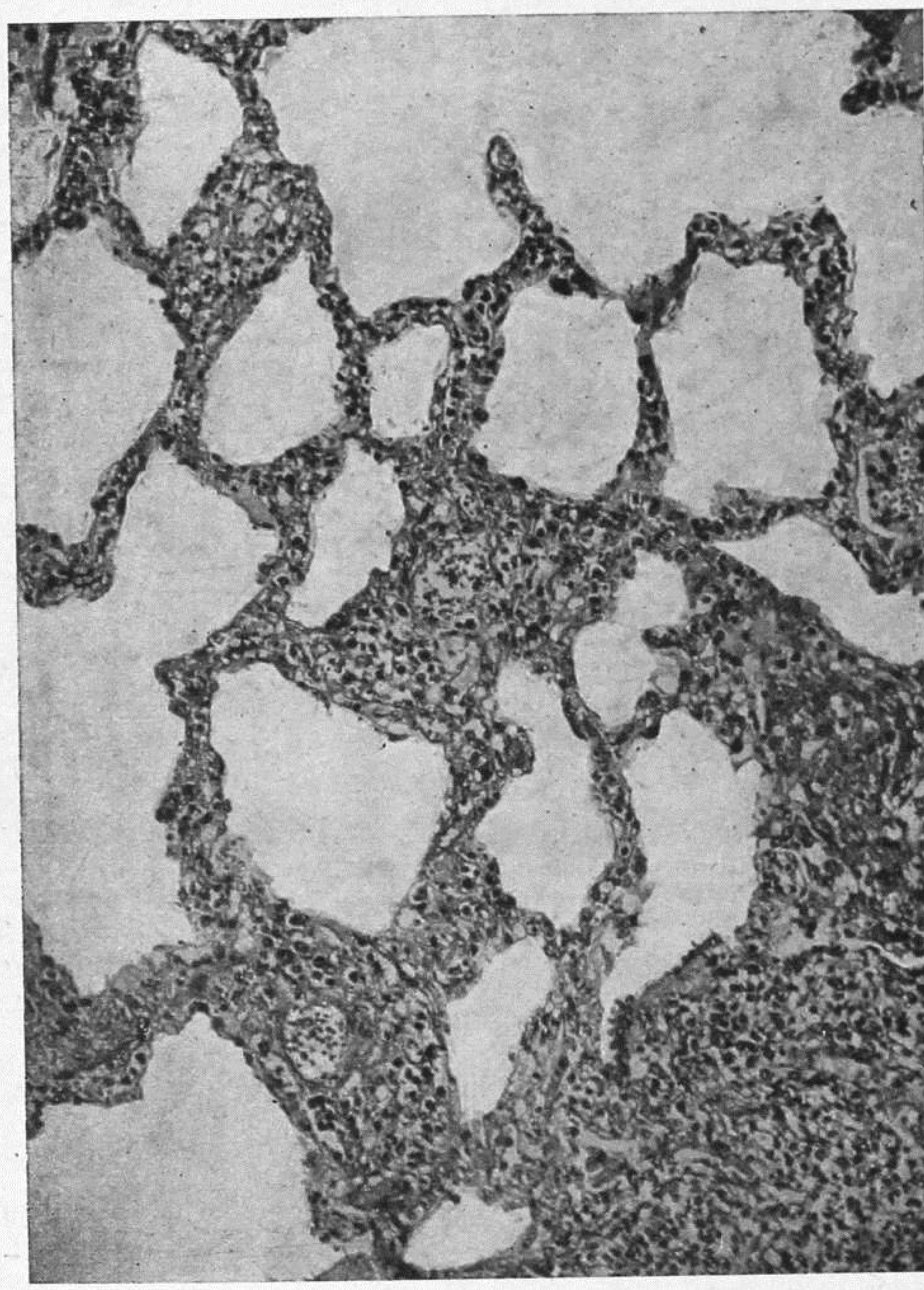


FIG. 3. — Donna di 55 a.; formolo, ematossilina-eosina.
Diagnosi anatomo-clinica: mielosi eritroleucemica acuta incompleta.
Polmone: ispessimento istioide e mieloide, diffuso e nodulare, dei setti.

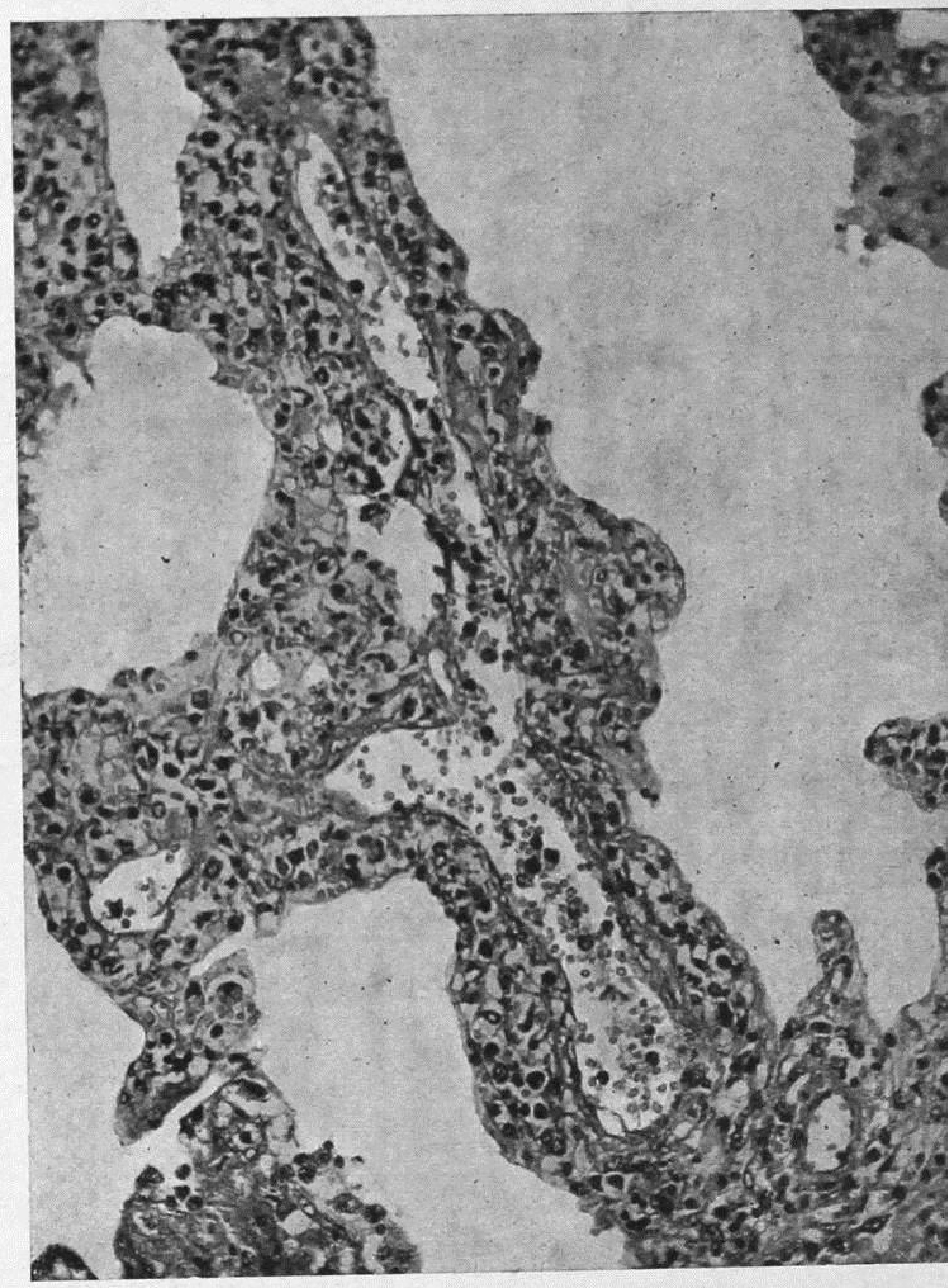


FIG. 4. — Donna di 55 a.; formolo, ematossilina-eosina.
Diagnosi anatomo-clinica: mielosi eritroleucemica acuta incompleta.
Polmone: ispessimento istioide e leucemico di una parete vasale.

***

Le ricerche ematologiche hanno messo in evidenza modificazioni a carico della serie granulocitica (presenza di metamielociti, mielociti, promielociti), alterazioni nella serie eritrocitica (reticolociti, corpi di Jolly, corpi anulari di Cabot, granulazioni azzurrofile, policromatofilia azzurrofila, eritroblasti ortocromatici, policromatofilia, basofili e proeritroblasti), turbe nella serie megacariocitica (megacariociti integri in piastrinopoiesi, con nucleo nudo, lembi di protoplasma megacariocitico). Gli emocitoblasti esistenti nel sangue periferico potrebbero essere quindi anche i progenitori degli elementi eritrocitici e piastrinocitici, oltre che di quelli già in orientamento granulocitogeno.

Insomma mi sembra necessario, per la esatta definizione del caso, discutere l'essenza di questo movimento emocitoblastico mieloide: vedere cioè se le modificazioni qualitative della serie piastrinoblastica e megacarioblastica debbano essere o no considerate di natura secondaria.

Oggi, dinanzi a reperti ematici simili a quelli della osservazione che riferisco, tale quesito si impone. È stato dimostrato infatti, da Di Guglielmo (1917-1920) come talora possano realizzarsi sindromi ematiche e cliniche, nelle quali il tessuto mieloide è colpito primitivamente nelle sue tre attività funzionali e genetiche (piastrinoblastica, mieloblastica,

eritroblastica): in simili casi, appunto, si parla di mielosi eritroleucemica.

Quando il tessuto mieloide presenta lesioni essenziali e primitive del sistema granulocitoblastico, mentre il sistema piastrinoblastico e eritroblastico è compromesso solo secondariamente, si parla di *mielosi leucemica*.

Se le lesioni primitive del tessuto mieloide incidono solo sul sistema eritroblastico e le modificazioni del sistema mieloblastico e piastrinoblastico insorgono discrete e in un secondo tempo si ha una *mielosi eritremica* (o eritremia).

Nei casi ove i tre sistemi (piastrinoblastico, mieloblastico e eritroblastico) sono contemporaneamente colpiti dall'identico processo iperplastico e in maniera primitiva ed essenziale, allora si ha la *mielosi eritroleucemica*.

Secondo Di Guglielmo (1935), volendo dare uno sguardo sintetico al reperto ematico della mielosi eritroleucemica, può dirsi che esso è rappresentato dall'associazione del quadro ematico della mielosi leucemica (aumento numerico dei leucociti maturi, presenza in circolo di forme leucocitarie immature e indifferenziate) e del quadro ematico della eritremia, sia nella forma completa (aumento numerico degli eritrociti maturi, presenza in circolo di forme eritrocitarie immature e indifferenziate), sia in quella incompleta (eritrocitopenìa, presenza in circolo di forme eritrocitarie immature e indifferenziate). A questi due quadri si accompagna quasi sempre la piastrinosi, spesso anche la piastrinemia.

L'Autore distingue dal punto di vista ematico, in base alla diversa compartecipazione dei vari sistemi, due tipi di eritroleucemia: eritroleucemia completa e eritroleucemia incompleta. Nel secondo gruppo vengono collocale quelle sindromi che, accanto al quadro completo della mielosi leucemica, mostrano al posto della eritrocitosi, eritropenia e che presentano solo in circolo forme immature delle piastrine (piastrinemia). Infatti la piastrinosi non è assolutamente necessaria e costante.

Ma a questo punto conviene ricordare come in tutte le mielosi, acute o croniche, i globuli rossi presentino, oltre che diminuzione numerica, anche alterazioni qualitative caratterizzate dalla presenza, nel sangue periferico di poichilocitosi, di corpi di Jolly, di nuclei picnotici e di eritroblasti ortocromatici; parallelamente si possono trovare in circolo megacariociti (P. Introzzi). Fino a quando le variazioni permangono entro questi limiti, è doveroso considerarle secondarie all'anemia e ritenere il processo morboso una vera mielosi leucemica acuta. Ma nel caso presente esistono — come si è visto — a carico del sistema eritroblastico e piastrinoblastico, alterazioni che vanno oltre quelle soprariferite e costanti nella leucemia mieloide acuta, per cui si è obbligati a considerarle primitive di tali sistemi e a non parlare più di una semplice mielosi acuta leucemica, ma invece di una mielosi acuta eritroleucemica. L'assenza della eritrocitosi e della piastrinosi fa collocare questo quadro morboso tra le forme cosiddette incomplete, nel senso di G. Di Guglielmo.

Rimane a prima vista difficile ammettere nel complesso quadro ematico l'intervento di una mielosi eritremica, cioè di una eritremia, quando manca l'eritrocitosi e, dal punto di vista clinico, ogni sintomo a questa collegato; si pensi che oggi le eritremie sono considerate, come le leucemie, forme morbose caratterizzate, oltre che dalla inibizione del processo evolutivo, dalla iperplasia.

Di Guglielmo ritiene che l'incompletezza della componente eritremica possa essere condizionata dai seguenti fattori:

a) dall'insufficienza evolutiva eritroblastica, nel senso che, pure essendovi una proliferazione di eritroblasti, questi solo in minima parte sono capaci di giungere a maturazione, mentre in maggioranza si arrestano alle fasi evolutive intermedie e possono, come tali, entrare in circolo;

b) dall'entrata in circolo di globuli rossi maturi, che forse offrono una resistenza minima per il profondo perturbamento del processo evolutivo, del quale costituiscono l'ultima espressione;

c) dalla attività eritrolitica della milza;

d) dall'azione di emolisine batteriche.

Questo fattore appare con significato particolare, in quanto le mielosi acute hanno con maggiore probabilità una eziologia infettiva e in quanto l'elemento infettivo ordinariamente produce eritropenia e leucocitosi e cioè contribuisce a spiegarci in parte il disaccordo numerico tra la diminuzione degli eritrociti maturi e l'aumento dei leucociti immaturi.

Si tratta dunque di una mielosi eritroleucemica acuta incompleta, nella quale, per l'assenza della eritrocitosi, mancavano le vertigini, i dolori eritromelalgici e il colorito rosso vivo della faccia, mentre erano presenti i sintomi della mielosi leucemica.

Malattia che per il decorso — durato circa 30 giorni — rientra tra le forme ad andamento acuto, non acutissimo, perchè in tal caso la durata è più breve e il reperto ematico è costituito, nella maggioranza dei casi, da emocitoblasti.

È da rilevare che non di rado le mielosi

acute hanno atteggiamenti emorragici, tantochè A. Zeri ha parlato di forme emorragipare e che talora questo atteggiamento domina il quadro anatomo-clinico, come nei casi di E. Telmann e di Lucherini, nei quali la morte sopraggiunse improvvisamente per emorragia cerebrale: in certo rapporto con la mielosi, in quanto le pareti dei vasi cerebrali erano infiltrate da elementi leucemici.

Nella osservazione che riferisco gli unici aspetti emorragici sono rappresentati da petecchie agli arti e al petto. Questa assenza di stravasi ematici può spiegarsi — come ho già accennato — con il fatto che le pareti vasali sono risultate libere da infiltrazioni mieloidi.

Il caso che forma l'oggetto della presente nota aderisce al quadro classico della mielosi acuta per quanto riguarda l'inizio, improvviso, grave, febbrile come quello di una malattia infettiva (tanto è vero che C. Sternberg considera le leucemie acute come sepsi streptococciche a carattere emorragico con reazione mieloide); presenta inoltre ulcerazioni del cavo orale, pure queste, in certo senso, caratteristiche. Per il resto senza il reperto ematico la diagnosi sarebbe stata difficile a porsi con sicurezza e si pensi che la malattia non presentava quegli aspetti (invero più rari) simili ad un tifo, ad una polmonite, ad un'endocardite (M. Ghiron) che talora sviano dalla esatta valutazione clinica.

*
* *

Ma, come dicevo, il caso si presta anche a considerazioni istologiche, in quanto, tra l'altro, presenta una broncopolmonite in evoluzione ascessuale. Appare chiara l'importanza delle flogosi polmonari in corso di leucemia, in quanto permettono di richiamare problemi fondamentali di istobiologia del polmone e di istogenesi della proliferazione leucemica.

A. Dionisi (1909), per il primo, richiamò l'attenzione sulle polmoniti leucemiche illustrando un caso ove la reazione degli alveoli era costituita, oltre che da fibrina e da istiociti, da cellule linfoidi del tutto analoghe a quelle che circolavano nei capillari dei setti interalveolari.

Posteriormente H. Bickhardt (1925) in un caso di leucemia mieloide dimostrò che l'essudazione alveolare era costituita essenzialmente da cellule leucemiche e concluse che l'alveolite, in simili circostanze, differisce da quella svolgentesi in soggetti non emopatici solo per il fatto che si ha essudazione di elementi bianchi immaturi invece che di polinucleati.

Del pari e quasi contemporaneamente L. Lino (1925), a proposito di una polmonite in un soggetto con leucemia emocitoblastica acuta, dimostrò negli alveoli fibrina, fagociti e emocitoblasti; questo reperto fece concludere che di fronte allo stimolo infiammatorio gli emocitoblasti possono migrare come i leucociti maturi.

Così pure A. Lauche (1928) documenta, in un caso di leucemia linfatica, la presenza di linfociti fra gli elementi dell'alveolite, e G. Macciotta (1928) nella polmonite di un bambino leucemico, dimostrò, oltrechè di epiteli e polinucleati, notevole quantità di cellule leucemiche.

A simiglianza di quanto in precedenza aveva osservato Lino, M. Moretti (1934), in una osservazione di polmonite lobare in corso di leucemia emocitoblastica, osservò negli alveoli grandissima quantità di emocitoblasti.

Recentemente L. Loi (1937) ha illustrato un caso di broncopolmonite in corso di eritroleucemia e negli alveoli ha trovato elementi in grande quantità del tutto simili a quelli circolanti nei capillari dei setti. In un altro caso di broncopolmonite in corso di mielosi acuta nell'essudato alveolare esistevano notevoli quantità di cellule immature della serie mieloide. In un terzo caso di broncopolmonite bilaterale, in un bambino con leucemia monocitica acuta, l'Autore trova un reperto sovrapponibile a quello del caso precedente.

Attraverso questa serie di indagini molti ricercatori, in base al reperto che gli elementi dell'alveolite erano prevalentemente uguali a quelli del sangue leucemico, hanno ammessa un'origine ematogena di questa particolare reazione alveolitica; e hanno ritenuto che le cellule leucemiche migrassero dai capillari sanguigni mediante diapedesi.

Ma esistono altre osservazioni le quali pongono una forte riserva a questo modo di vedere.

Difatti R. H. Jaffé ha illustrato un caso di broncopolmonite in corso di leucemia linfoblastica acuta con agranulocitosi; l'alveolite mostrava, oltre a scarsi macrofagi, a ombre di eritrociti e a fibrina, notevole quantità di granulociti: i capillari dei setti contenevano rari granulociti e pochissime cellule leucemiche. Lo stesso Autore, in un caso di broncopolmonite in corso di leucemia emocitoblastica, non ha trovato nell'essudato alveolare che fibrina, rarissime cellule con nucleoli e con citoplasma basofilo non reagente ai metodi per le ossidasi, rari polinucleati degenerati. In pieno accordo con questo autore sono le ricerche di M. Dreyfuss (1937) che ha

studiato alcuni casi di broncopolmonite in corso di leucemia. Il primo caso, riguardante una leucemia mieloide, presentava un'alveolite fibrinosa, la quale non si allontanava in niente dal quadro istologico della forma tipica, poichè oltre ai leucociti polinucleati in parte degenerati, dominanti il quadro, si trovavano scarsi linfociti e rari elementi istioidi. Nel secondo caso — di leucemia linfatica — spiccavano pronunziatissime proliferazioni leucemiche, pure mancando cellule leucemiche circolanti nei vasi sanguigni. Negli alveoli infiammati esistevano in grande abbondanza fagociti alveolari, mentre gli elementi linfocitari erano eccezionali. Nel terzo caso — di leucemia mieloide — i leucociti e la fibrina erano scarsi, mentre prevalevano gli istiociti in numero straordinariamente grande.

Appare chiaro da quanto sopra ho riferito come non siano univoci i reperti riguardanti la composizione dell'essudato nelle alveoliti in corso di leucemia. D'altra parte sono contrastanti anche i dati che concernono la compartecipazione o meno — nella leucemia — del sistema reticolo istiocitario del polmone. Infatti L. Loi in tre casi non l'avrebbe mai osservata, mentre M. Dreyfuss l'ha trovata in 3 dei 4 casi studiati; questi ultimi risultati concordano con quelli di C. Tedeschi, che in tutti i polmoni dei leucemici da lui visti ha dimostrato irritazione dei mesenchimi in orientamento leucemico.

Per comprendere meglio come queste non siano che apparenti contradizioni è utile ricordare le cognizioni più moderne sulla istogenesi degli elementi, che di solito intervengono nell'alveolite.

I granulociti è certo che giungono con la corrente sanguigna e che migrano nell'alveolo per diapedesi (F. Henke, e M. Silberberg).

I fagociti alveolari (I. Lang) proverrebbero secondo A. Costa dalle cellule indifferenziate del mesenchima alveolare: questo modo di vedere è condiviso recentemente (1937) anche da M. Dreyfuss.

Le cellule leucemiche hanno un'origine meno chiara e quindi meno sicura. Gli elementi provenienti dall'emocitoblasto mieloide, o dall'emocitoblasto linfoide (mieloblasti, proeritroblasti, linfoblasti) hanno possibilità formative multiple: ma queste possibilità scemano in quegli elementi che sono già parzialmente evoluti, quali i linfoblasti, i proeritroblasti, gli eritroblasti basofili, i mieloblasti e i promielociti; inoltre sopra l'ufficio che questi elementi sono capaci di svolgere nelle reazioni difensive e in particolare sulla loro capacità alla diapedesi, non si sa nulla di sicuro.

L. Lino ha osservato nel suo caso diapedesi di emocitoblasti, ma M. Dreyfuss pone delle riserve a questo reperto — del resto non più osservato da altri ricercatori — in quanto le cellule leucemiche possono raggiungere senza migrazione attiva la corrente sanguigna, pur provenendo dai tessuti e in quanto tali figure, tra l'altro, potrebbero essere con ugual fondatezza interpretate quale espressione di una endiapedesi. Del resto A. Costa, a proposito dei monociti circolanti nei capillari polmonari negli stadi tardivi della polmonite lobare, non esclude che questi abbiano raggiunto le vie sanguigne per endiapedesi, provenendo dai mesenchimi del polmone.

Recentemente L. Loi sostiene invece che l'essudazione leucemica alveolare trovata nei suoi casi provenga dai vasi e che la sua formula sia in stretto rapporto con il tipo della mielosi. Queste conclusioni, forse non sufficientemente documentate, urtano contro quanto ho sopra riferito circa le possibilità migratorie degli elementi leucemici ed in certo senso non concordano neppure con gli studi moderni — A. Costa, 1934 — sulla istogenesi dell'essudato nell'alveolite fibrinosa. Secondo il patologo fiorentino infatti gli elementi mononucleati, che numerosi circolano nei capillari alveolari, sono originari dalle cellule avventiziali.

In conclusione: non è assolutamente dimostrato, come conclude anche M. Dreyfuss, la provenienza dal sangue delle cellule leucemiche che intervengono nel processo alveolitico.

È da aggiungere inoltre come i processi infiammatori in corso di leucemia abbiano raramente una reazione leucemica.

Studiando un caso di pleurite in soggetto leucemico fin dal 1908 io potei dimostrare che nei leucemici i vari stimoli flogogeni (applicazioni di vescicanti, pennellature con olio di croton) determinano una infiammazione con essudato avente lo stesso tipo, che si osserva in conseguenza dell'azione delle stesse cause in individui normali. Più recentemente A. Leffkowitz e A. Sonnenfeld, applicando in individui leucemici cerotti di cantaride, non hanno mai constatato nella vescica, un essudato — pure ricco di elementi figurati — con cellule bianche immature. O. Naegeli e L. Askanazy hanno trovato nelle angine ulcerose e necrotiche dei leucemici solo granulociti: uguali reperti ha osservato R. H. Jaffé in processi infiammatori nei diversi organi leucemici. J. Moenckeberg, del pari, non ha trovato nel granuloma tubercolare, sviluppato in leucemici, variazioni nel quadro morfologico, e più precisamente non ha osservato cellule bianche immature nella reazione tissulare.

Viene quindi in primo piano la reazione istioide del parenchima polmonare, dalla quale scaturirebbero le cellule leucemiche e in simili circostanze la istogenesi dell'alveolite è esclu-

sivamente mesenchimale. Ma, come si è visto, esistono delle osservazioni — e il caso 1° di M. Dreyfuss e il caso 3° di R. H. Jaffé ne costituiscono esempi tipici — nelle quali nel polmone non si osserva alcuna partecipazione leucemica del sistema mesenchimale e l'alveolite fibrinosa non si allontana per nulla dal quadro istologico della polmonite lobare.

Dinanzi a questo comportamento così diverso, poichè in certi casi il sistema reticolo istiocitario è pressochè immobile, mentre in altri casi è in attivo movimento, tanto da essere responsabile di tutto o quasi tutto il quadro istopatologico polmonare, A. Costa e la sua Scuola ritengono che l'alveolite leucemica si estrinsechi in diverse modalità a seconda delle possibilità reattive che, in quel momento, l'organismo possiede.

Se l'organismo è capace ancora di granulopoiesi, esso reagisce come un organismo non emopatico, e cioè con un'alveolite fibrinosa tipica. Se le possibilità granulopoietiche dell'organismo si attenuano, allora interviene il sistema reticolo-istiocitario. Questo sistema può reagire con una normale reazione istioide, donde l'alveolite istiocitaria (completa o incompleta), oppure può reagire con parziale aspetto mieloide, il quale potrebbe perfino costituire tutto il quadro.

Ma le forze reattive dell'organismo possono anche cadere del tutto, e allora, non avendosi più possibilità granulopoietiche, nè possibilità istiocitarie, si comprende come si giunga a fenomeni necrotizzanti senza reazione cellulare di origine ematica o tissurale.

L'aspetto dell'alveolite trovato nella mia osservazione aderisce chiaramente a questi concetti.

Gli scarsissimi granulociti reperibili negli alveoli infiammati stanno a dimostrare che l'organismo possedeva ancora, sebbene limitatissime, possibilità granulopoietiche. Appunto per queste oramai minime possibilità si era instaurata una iperplasia mesenchimale del polmone, che aveva provocato anche l'alveolite istiocitaria, con tenue impronta leucemica.

***

Negli adulti, ma specialmente nei bambini, si osserva non di rado nel periodo terminale della leucemia la insorgenza di fenomeni a carico dell'apparato respiratorio sotto forma di polmonite, o broncopolmonite (L. Lapage, L. Morquio, G. Macciotta). È caratteristico di queste forme il torpore della reazione, il decorso subacuto e il fatto che pochissimo risentono di ogni trattamento terapeutico.

Collateralmente i reperti istopatologici riguardanti osservazioni di polmonite o broncopolmonite in corso di mielosi e linfoadenosi acute o croniche) dimostrano come la reazione alveolare sia estremamente polimorfa: si possono trovare infatti alveoliti prevalentemente leucemiche, istiocitarie, fibrino-necrotiche: forse in rapporto — come si è visto — colle diverse situazioni reattive dell'organismo.

Il particolare aspetto clinico dell'affezione polmonare, se in parte può essere spiegato con le condizioni scadenti dell'organismo, sembra però in rapporto prevalente con la costituzione dell'essudazione alveolare.

Infatti l'alveolite leucemica deve avere una estrinsecazione clinica tutta particolare poichè non può essere priva di significato l'attività biologica peculiare dei leucociti leucemici (G. A. Daland e R. Isaacs, 1927; E. C. Glover, G. A. Daland e H. L. Schimtz, 1930; G. Bossa, 1937).

Ma anche attraverso espressioni puramente morfologiche si prospetta una uguale conclusione. Nell'alveolite fibrinosa normale la trasformazione mononucleare avviene proprio nel corso dell'epatizzazione grigia (A. Costa). Proprio durante l'epatizzazione grigia si svolge di solito la crisi spesso accompagnata da una caduta brusca della leucocitosi neutrofila. A. Costa ritiene probabile, per questi fatti, un rapporto tra la trasformazione mononucleare e la crisi.

Non appare quindi privo di fondamento il ritenere come in assenza di condizioni anatomiche atte alla trasformazione mononucleare della reazione alveolare (come nelle alveoliti mieloidi, linfoidi, istiocitarie, fibrino-necrotiche) la crisi non si abbia, o si abbia con aspetti abnormi, tali da non aversi uno degli episodi clinici, che definiscono il quadro della alveolite fibrinosa.

RIASSUNTO.

Donna di 55 a., colpita circa 30 giorni prima della morte, da febbre alta, stomatite ulcero-necrotica, lieve tumefazione della milza e delle linfoghiandole ascellari.

All'*esame ematologico* globuli rossi 2.620.000 (reticolociti, corpi di Jolly, corpi anulari di Cabot, granulazioni azzurrofile, policromatofilia azzurrofila, eritroblasti ortocromatici, policromatofili, basofili e proeritroblasti); globuli bianchi 112.000, (metamielociti, mielociti, promielociti); piastrine 102.000 (megacariociti integri in piastrinopoiesi, con nucleo nudo e lembi di protoplasma megacariocitico).

Al *tavolo anatomico* epato-spleno-megalia,

midollo pioide, modica tumefazione delle linfoghiandole ascellari, broncopolmonite destra in evoluzione ascessuale.

Istologicamente infiltrazione mieloide nei vari tessuti e nel polmone vivacissima proliferazione del sistema mesenchimale, alveolite istiocitaria con tenue orientamento leucemico.

L'A. accenna alle difficoltà diagnostiche di questa non frequente emopatia, (*mielosi eritroleucemica acuta incompleta*) discute i diversi aspetti istologici delle alveoliti in corso di leucemia e riferisce proprio a questi la peculiare sintomatologia clinica della polmonite o della broncopolmonite nei leucemici.

BIBLIOGRAFIA

BICKHARDT H. *Ueber morphologische Befunde bei Entzündungsworgaengen in Fällen von Leukaemie.* Folia Haematologica, 32, 83-94, 1925.

BOSSA G. *Sul metabolismo dei leucociti leucemici.* Haematologica, 18, 653-670, 1927.

ID. *Sul meccanismo della glicolisi dei leucociti leucemici. La Rif. Med.*, 53, 1198-1202, 1937.

CIUFFINI. *Un caso di pleurite in soggetto leucemico.* Riforma Medica, n. 18, 1908.

COSTA. A. *Monociti e istiociti nella polmonite crupale.* Lo Sperimentale, 88, 127-150, 1934.

DI GUGLIELMO G. *Un caso di eritroleucemia. Megacariociti in circolo e loro funzione piastrinocinetica.* Folia Medica, 1937.

ID. *Eritroleucemia e piastrinemia.* Folia Medica, 1937.

ID. *Leucemie e pseudoleucemie* in « Le Emopatie » di A. Ferrata. Soc. Ed. Libraria, Milano, 1935.

DIONISI A. *Ueber die Bestandteile des endoalveolaren Exsudales bei der mit Pneumonie komplizierten Lymphaemie.* Folia Haematologica, 7, 368, 382, 1909.

DREYFUSS M. *Le reazioni infiammatorie dei leucemici in base allo studio della broncopolmonite in leucemia.* Giorn. d. Clin. Med., 18, 965-989, 1937.

GHIRON M. *Varietà cliniche della leucemia acuta.* Il Policlinico (S. M.), 30, 317-330, 1923.

HENKE F. u. SILBERBERG M. *Wandlungen und Fortschritte in der Lehre von der Entzündungen.* Klin. Woch., 11, 49-53, 1932.

JAFFÈ R. H. *Morphology of the inflammation defense reactions in leucemia.* Arch. of Pathology, 14, 177-203, 1932.

INTROZZI P. *Contributo allo studio della patologia del sistema megacariocitico nel sangue periferico di anemia perniciosa progressiva e di leucemia acuta emocitoblastica.* Haematologica, 16, 217-260, 1935.

LOI L. *Particolari aspetti citologici dell'essudato alveolare e endobronchiale nella bronco-polmonite dei leucemici.* Haematologica, 17, 773-785, 1936.

LAUCHE A. in « *Handbuch der Speziellen Pathologischen Anatomie und Histologie* », di F. Henke u. O. Lubarsch, III B., J. Springer, Berlin, 1926.

LINO L. *Su un caso di leucemia acuta emocitoblastica.* Haematologica, 5, 205-225, 1924.

LUCHERINI T. *Considerazioni anatomo-cliniche sopra un caso di leucemia acuta.* Haematologica, 7, 137-148, 1926.

LEFFKOWITZ A. u. SONNENFELD A. *Die Zusammensetzung des Hautblaseninhaltes und Blutbild.* Kin. Woch, 9, 548-550, 1930.

MACCIOTTA G. *Contributo clinico, etiopatogenetico e anatomopatologico allo studio della leucemia acuta nei bambini.* La Clin. Ped. 10, 385-434, 1928.

MORETTI M. *Reperti leucocitari nei processi infiammatori dei leucemici.* Il Morgagni, 76, 387, 390, 1934.

MORQUIO L. *Sobre leucemias agutas.* Arch. Espan. de Ped., 11, 29-54, 1923.

NAEGELI O. *Blutkrankheiten und Blutdiagnostik.* J. Springer, Berlin, 1931.

TEDESCHI C. *Reazioni proliferative nell'alveolo polmonare.* Riv. di Pat. e Clin. d. Tub. 8, 3-19, 1934.

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE PROVINCIALE S. CARLO - POTENZA

Osteomielite acuta primitiva del pube.

Dott. CONSUELO LUCCIONI
primario radiologo e chirurgo.

L'osteomielite acuta primitiva del pube è un'affezione molto grave ma per fortuna rara; è opportuno, tuttavia, richiamare su di essa l'attenzione, in quanto, da una diagnosi precoce e da un intervento tempestivo e razionale, dipende spessissimo la vita dell'infermo, specialmente se si consideri l'alta percentuale di mortalità — ben il 26,6 % — rilevata dalla statistica generale delle osservazioni finora pubblicate.

Un caso del genere è capitato alla mia osservazione e vale, quindi, la pena di riferirlo perchè riveste notevole interesse, anche perchè l'inferma, ad onta delle sue molto gravi condizioni, si è potuta salvare grazie, appunto, all'esattezza della diagnosi e al trattamento operativo praticato in tempo utile.

Caso clinico: C. Rosa, di a. 12, scolara, da Lagonegro; entra in Ospedale il 17 febbraio 1938 con diagnosi di coxite.

Il padre è morto cinque anni prima per tbc. renale, la madre è vivente e sana, ha tre fratelli che godono buona salute.

Fino all'attuale malattia l'inferma è stata perfettamente bene, ma circa due settimane or sono ha cominciato ad avvertire un lieve dolore alla radice della coscia sin. senza, però, disturbi funzionali; in seguito il dolore si è accentuato non solo impedendole il cammino ma obbligandola addirittura a letto, mentre l'arto assumeva una posizione di flessione sul bacino e leggera abduzione; non è possibile sapere alcun altro elemento utile riferentesi a questo primo periodo d'infermità. Da qualche giorno le condizioni si sono aggravate, è sopraggiunta febbre altissima, senso di malessere, peggioramento dello stato generale, perciò è stato richiesto il ricovero in Ospedale.

E. O. Giovanetta di costituzione scheletrica regolare con cute e mucose visibili pallide, stato generale scadente e sofferente, lingua arida, temperatura 40°,1, polso 140, respiro 31, sensorio obnubilato; posizione coxalgica della coscia sinistra assolutamente immodificabile senza risvegliare vivissimo dolore; percotendo sul ginocchio, invece, l'inferma non reagisce; addome meteorico, la pressione sulle regioni iliache ed ipogastrica riesce dolorosa; vi si associano disturbi disurici, le urine sono rossastre e torbidicce (l'esame rivela presenza di albumina, abbondanza di urati, molti corpuscoli di pus e dei cilindri); il grande labbro di sin. appare edematoso e leggermente violaceo, la cute circonvicina un po' arrossata, la plica inguino-crurale appianata; dalla vulva fuoriesce una secrezione purisimile. L'esplorazione rettale fa notare una netta pastosità del Douglas che risulta dolentissimo, ma ancora più sensibile si rivela la branca ischiopubica di sinistra e tutta la porzione pubica.

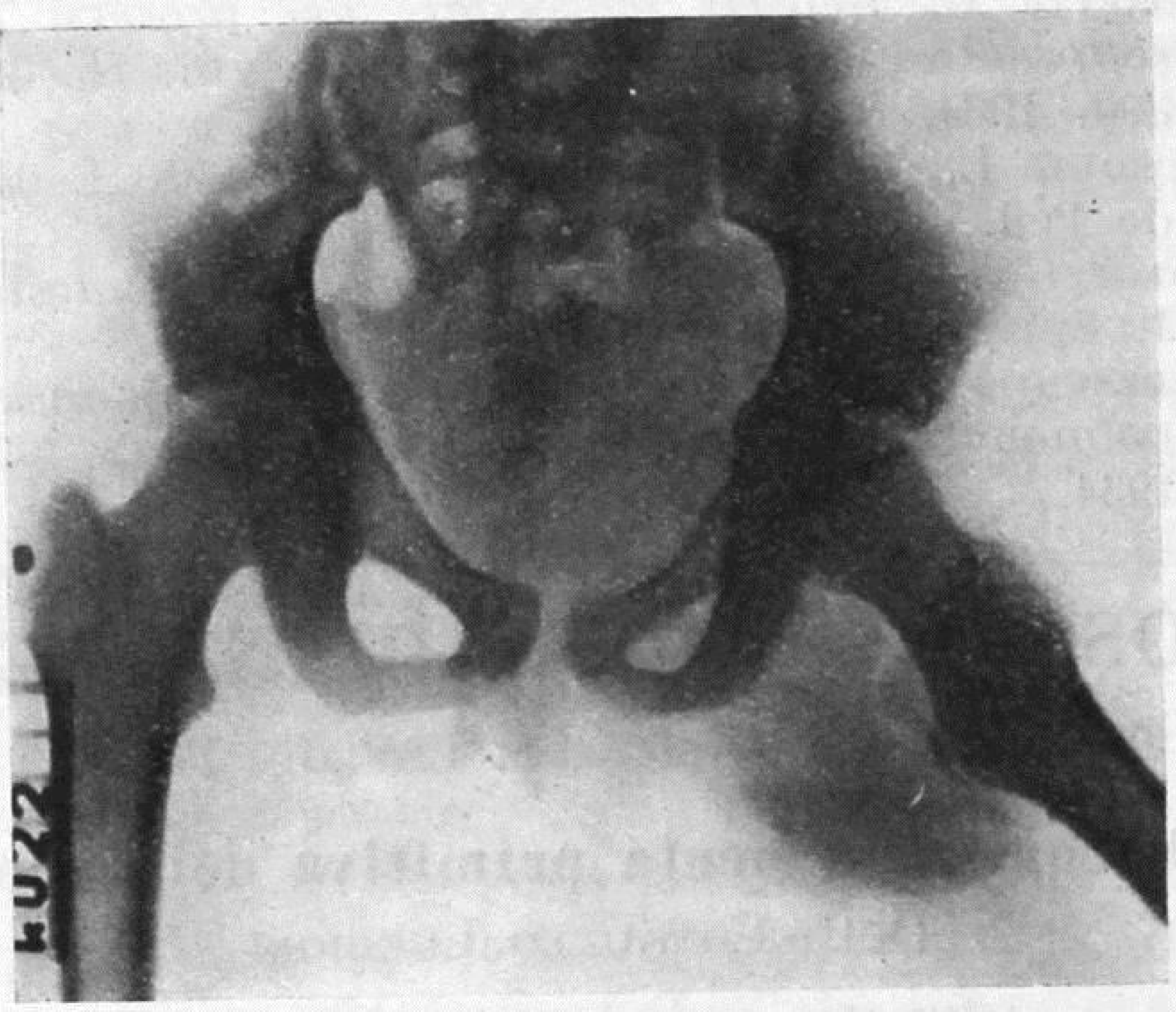


FIG. 1.

Viene formulata diagnosi di « osteomielite acuta del pube » e a scopo di controllo, per quello che può svelare, pratico un esame radiografico del bacino.

Il radiogramma (fig. 1) mostra la posizione coatta dell'anca di sin. ma non rivela affezioni a carico dell'articolazione coxo-femorale; il pube di sin. e la sua branca discendente appaiono lievissimamente cribrati.

In narcosi eterea procedo all'intervento operativo che consiste, secondo il metodo di Gaudier, in una incisione a ferro di cavallo la cui concavità contorna la parte superiore della vulva, il monte di Venere, allungandosi in basso nella plica genito-crurale; l'incisione mette ampiamente allo scoperto l'osso eroso, dà esito a discreta quantità di pus; scollando col dito questo si approfonda nel piccolo bacino raggiungendo una raccolta più importante che viene completamente dominata; nella ferita si applica un grosso tubo di drenaggio e la fognatura è completata con strisce di garza.

Le condizoni della piccola inferma migliorano rapidamente, la ferita acquista ben presto un aspetto ottimo, la secrezione purulenta man mano diminuisce; dopo 15 giorni dall'intervento eseguo un nuovo radiogramma di controllo (fig. 2) che mette in evidenza, ormai in maniera marcatissima, la carie del pube e della branca ischiopubica, nonchè una reazione periostea interessante la cresta pettinea in tutta la sua lunghezza; sul radiogramma, inoltre, è ben visibile, al disotto del corpo del pube, il tubo di drenaggio.

Nei giorni seguenti la lesione migliora progressivamente, il pus quasi scompare, l'osso si ricopre di granulazioni senza dar luogo a formazione di sequestri, il tubo è abolito sostituendolo

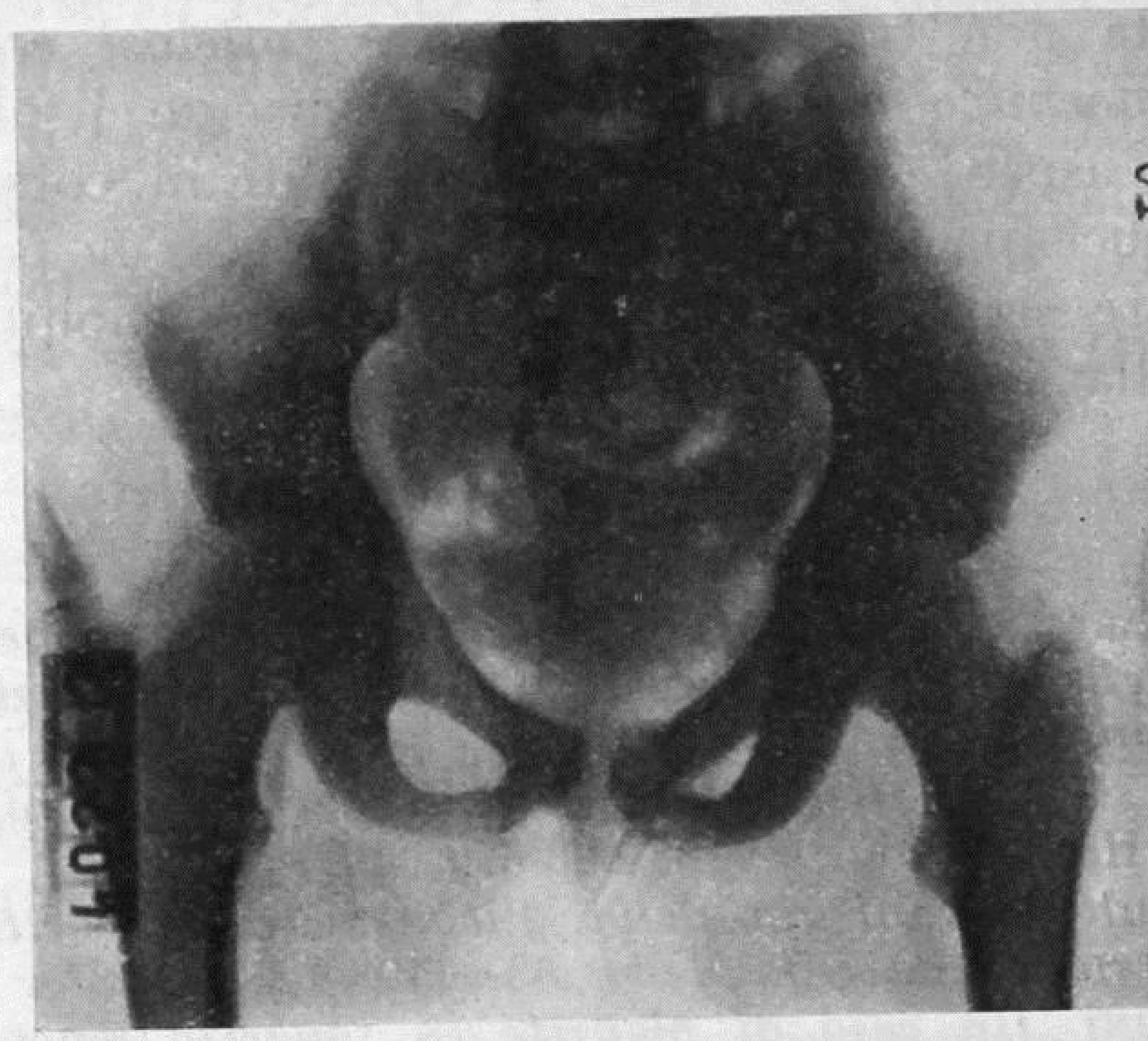


FIG. 2.

con strisce di garza; il 23 marzo, dopo poco più di un mese, l'inferma è dimessa perfettamente guarita.

Commento. Di proposito ho detto in principio « grazie all'esattezza della diagnosi » e ciò non certo per enfasi ma con giusto riferimento alla realtà, in quanto non sempre è possibile diagnosticare una osteomielite acuta primitiva del pube.

La ragione è dovuta al fatto che di solito manca una sintomatologia caratteristica e poi perchè la malattia, colpendo a preferenza soggetti giovanissimi, specialmente nella fase iniziale, per lo stato settico grave che l'accompagna e conseguente compromissione del sensorio, non offre alcun proficuo richiamo di focolaio; anzi si è deviati dall'esatto giudizio da disturbi urinari che vi si associano, da dolori al ventre con relativa tensione delle pareti, da posizione coxalgica dell'una o l'altra coscia che fanno sospettare una psoite o una coxite come nel caso illustrato.

Meno difficile, invero, diventa il giudizio diagnostico quando, superata la fase acuta, l'attenzione è richiamata sulla regione interessata da qualche manifestazione di sede; ma anche in questa fase, pur rilevando un processo infiammatorio delle parti molli o addirittura riscontrando una raccolta purulenta, difficilmente viene di pensare o di riferire al pube il punto di partenza dell'affezione, la quale, perciò, è ritenuta primitiva piuttosto

che secondaria. Ma l'esattezza di giudizio anche in questo periodo è indispensabile in quanto, dal punto di vista terapeutico, non basta dare esito ad una raccolta purulenta, ma occorre altresì dominare e agire sull'osso infetto e mettersi nelle condizioni opportune, chirurgicamente parlando, per vincere in modo completo il focolaio settico principale.

Quando l'infezione osteomielitica, superata la fase acuta, non ha ucciso l'infermo con la sua virulenza, il pus che se ne origina ha diversa estrinsecazione: se il punto di partenza è la spina del pube o la faccia anteriore dell'angolo, la diffusione guadagna la guaina dei muscoli retti od occupa lo spazio prevescicale o perivescicale creando equivoci diagnostici inerenti alla sede (flemmone dello spazio del Retzius, miosite infettiva dei retti, cistite con pericistite, ecc.); se, invece, è la superficie posteriore del corpo del pube, il pus si diffonde verso il piccolo bacino, determinando raccolte pelviche di difficile interpretazione e che, specialmente nel sesso femminile, portano ad incriminare gli organi genitali interni, o guadagna il canale inguinale o quello crurale, con maggiore facilità di errore, come è ovvio immaginare; se infine l'ascesso parte dalla branca discendente del pube, in questo caso evolve verso il perineo e la faccia interna della coscia, inducendo ad ammettere bartoliniti nelle donne, ascessi urinosi negli uomini, ascessi perianali, adeniti profonde, miosite degli adduttori, ecc.

A questo punto è necessario richiamare l'attenzione di coloro che supervalutano, assai a sproposito in affezioni del genere, l'utilizzazione della radiologia: molti credono che un esame radiografico debba a tutti i costi documentare la diagnosi di una osteomielite acuta; ciò è profondamente erroneo: ogni trattato di radiologia, oltrechè l'esperienza quotidiana, insegnano e dimostrano come nell'osteomielite acuta, qualunque sia l'osso interessato, l'indagine radiografica non mette in evidenza alcuna immagine utile e ciò perchè nella fase acuta del processo non si sono verificate ancora le alterazioni strutturali dell'osso o quei processi distruttivi o reattivi che possono svelarsi sul radiogramma; difatti è solo successivamente che è possibile notare una velatura o un aumento di trasparenza dell'immagine ossea, o addirittura — a processo avanzato — un aspetto di carie, o di altro tipo di distruzione, o un inizio di riparazione.

A dimostrazione di quanto innanzi, anche nel caso in esame la documentazione dei due radiogrammi è significativa nel suo valore comparativo, difatti è evidente la netta differenza di essi: mentre sul primo solo un occhio esperto può notare una sfumatura di carattere patologico, sul secondo, eseguito quindici giorni dopo, l'immagine del processo osteomielitico balza alla vista perfino di un profano.

Quindi è sempre e sola la clinica, associata ad un certo felice intuito, che deve guidare verso la diagnosi esatta; magari potrà anche essere utile ed opportuno ricorrere precocemente alla radiografia, ma senza crearsi illusioni e attendersi dal suo risultato la decisione dell'azione, che deve essere in ogni caso sicura e tempista.

Certamente l'affezione non si riscontra con frequenza ed è questa rarità che vi fa pensare di meno, difatti pochi sono i casi noti nella letteratura e perfino testi e trattati o non ne parlano o ne fanno accenno fugace; come è ovvio, questi motivi aumentano la difficoltà della diagnosi. Però nel recente Trattato di Chirurgia ortopedica di Ombrédanne e Mathieu (vol. IV, pag. 2954) l'argomento è svolto in modo esauriente e completo e fornisce elementi davvero preziosi per la conoscenza dell'infermità.

La ragione per cui il pube è meno facilmente sede di affezioni infettive primitive, a differenza delle altre ossa, specialmente lunghe, è attribuita alla sua costituzione anatomica, giacchè l'arco anteriore del bacino, avendo scarsezza di sostanza spongiosa, è meno vulnerabile alla predilezione dei germi piogeni (Bergmann e Bruns, Duplay e Reclus); ciononostante il pube, nel suo periodo di sviluppo, quando è specialmente legato alla fase puberale, costituisce, nella grande maggioranza dei casi, — anche in conseguenza di eventuali cause traumatiche spesso legate alla vivacità propria del fanciullo — il locus minoris resistentiae per il richiamo dell'infezione, che vi giunge, certamente per via ematogena, da un qualsiasi focolaio lontano, magari minimo (focus tonsillare, dentario; foruncolosi, ecc.).

La prima osservazione italiana rimonta al 1892, per merito di Colzi, in un rendiconto statistico-operatorio della clinica chirurgica di Firenze; ma il Klemm è l'A. che più si è interessato di questa affezione, egli ha voluto ricercare la frequenza dell'infermità attraverso lo studio di molteplici statistiche; in una di esse, che si riferisce a 1469 casi di osteomieliti, il bacino è risultato colpito solo 23 volte, senza alcun riferimento al pube; in una seconda statistica, limitata questa alle sole ossa del bacino, ha rilevato 20 localizzazioni a carico dell'ileo, 10 a carico del sacro e sole 5 a carico del pube; in una terza, infine, strettamente personale, su 320 casi di

osteomielite acuta, 36 interessavano il bacino e solo 2 il pube.

Il Bergmann ha constatato un rapporto maggiore: su 8 osteomieliti a. del bacino il pube è risultato colpito 3 volte ed una volta il pube e l'ischio insieme.

Un interessante lavoro italiano è quello dello Zaffagnini (*La Chir. degli Org. di mov.*, 1929, vol. XII, fasc. 4), egli riporta due casi personali e riferisce su 27 casi raccolti nella letteratura dal 1883 al 1926; i suoi due ammalati costituiscono gli unici riscontrati in circa otto anni di lavoro nell'Ospedale Maggiore di Bologna, nè è venuto a conoscenza di altri, pur avendo condotto accurate ricerche presso l'Ist. Ort. Rizzoli. Lavoro ugualmente importante è quello del Jesu (*Chir. Org. Mov.*, 1934, vol. XIX, fasc. I) che dopo di aver trattato due casi personali ed uno osservato nell'Ist. di Pat. Chir. di Padova, quando vi era direttore Torraca, si sofferma principalmente sulla frequenza della lesione.

Altri lavori italiani pregevoli ed anche recenti sono quelli di Lo Cascio (*Ann. It. Chir.*, 1931, n. 5); Mozzetti (*Giorn. Veneto Sc. Med.*, 1932, pag. 818); Manfredi (*Arch. Ortop.*, 1933, vol. XLIX); Chiariello (*Ann. it. Chir.*, 1934, vol. XIII); Borsotti (*Boll. Soc. Med. Chir.*, Pavia, 1935, vol. XLIX); Bucalossi (*Rass. int. Clin. Ter.*, 1935, vol. XVI); Molfino (*Rass. int. Clin. Ter.*, 1935 vol. XVI); Chiesa (*Soc. Cult. Med. novarese*, sed. 8 aprile 1937).

Da questa succinta e certamente incompleta rassegna si ha, dunque, la dimostrazione della rarità dell'osteomielite a. del pube, ciò che dà maggior valore a questo ulteriore contributo che si riferisce all'unico caso da me riscontrato in 14 anni di intenso lavoro radiologico e chirurgico praticato in Lucania, prima presso una perfetta organizzazione sanitaria quale era il Policlinico Gianturco, poi nell'Ospedale S. Carlo, che nella sua attuale sistemazione rappresenta un istituto veramente efficiente e moderno ove fa capo quasi tutto il materiale chirurgico della provincia e di alcune zone limitrofe.

RIASSUNTO.

È illustrato un caso di osteomielite del pube in persona di una giovanetta di 12 a.; l'affezione, diagnosticata nella fase acuta, è stata curata chirurgicamente con esito in guarigione.

Il lavoro è completato da un commento che si riferisce alla difficoltà della diagnosi, alla patogenesi, alla gravità dell'affezione e alla sua scarsa frequenza.

SUNTI E RASSEGNE

ORMONOTERAPIA.

L'ormone genitale maschile e sue applicazioni terapeutiche.

(G. BICKEL. *Revue Méd. de la Suisse Rom.*, 25 giugno 1939).

Già gli antichi eroi della mitologia si cibavano dei testicoli di leone per acquistarne il coraggio e la forza. Occorre però giungere al 1849 per le prime osservazioni di Berthold sui trapianti di tali ghiandole in capponi, che venivano così a riacquistare i caratteri sessuali secondari.

Celebri sono le autosservazioni di Brown-Séquad, che aprirono il cammino all'opoterapia moderna, i cui primi saggi (Murray, Fox e Mackenzie) apparvero stupefacenti.

Con ulteriori studi si scoprì la dualità anatomica e funzionale del testicolo (Bonin e Ancel, 1903). Molto rumore fece la scoperta di Steinach, che sostenne di poter ottenere una ormonoterapia indiretta con la legatura dei deferenti (1920).

Sul valore di tale operazione ancora si discute, ma certamente nell'ultimo decennio la fisiologia e la chimica fisiologica del testicolo ha fatto dei passi definitivi. Tale progresso è stato facilitato dalla realizzazione di test biologici (Moore) tra cui i più importanti sono il test della cresta del cappone (Walker), che consiste nella normalizzazione e nella crescita della cresta atrofica dell'animale castrato; il test delle vescicole seminali, che riguarda l'azione sull'atrofia vescicolare dei ratti castrati; il test dell'atrofia della prostata del ratto; il test dell'eiaculazione elettrica, negativo in cavie castrate, ecc., ecc. Con questi mezzi si potè ricercare e dosare biologicamente l'ormone maschile. Questo appare svincolato dalla spermatogenesi, ma sotto il comando della preipofisi; presente talora anche nelle orine di soggetti interamente castrati, e, in piccola quantità, nell'orina di donna.

Butenandt nel 1931 isolò dalle urine un ormone cristallizzato che riconobbe essere un oxicetone, e che chiamò androsterone, ottenuto poi sinteticamente da Ruricka (1934).

Un ormone di attività analoga fu isolato dai testicoli da Laqueur e preparato sinteticamente da Ruricka (1935) sotto il nome di testosterone, il cui propionato sembra la forma più attiva.

L'azione essenziale di tali sostanze si esplica sulla morfologia e la funzionalità degli organi sessuali.

Viene impedita l'atrofia di tali organi presso gli animali castrati, ne viene precocemente stimolato lo sviluppo negli animali impuberi. Non mancano però osservazioni di un'azione

inibitrice sul testicolo, che consigliano una prudenza terapeutica.

Sugli organi genitali di femmina adulta si ha un'azione fortemente inibitrice, con amenorrea transitoria.

Le femmine neonate vengono mascolinizzate fino a prodotti intersessuali o con istinti schiettamente maschili. L' indicazione terapeutica è nell'uomo la castrazione per qualsiasi causa, l'atrofia primitiva o secondaria dei testicoli, le sindromi di eunucoidismo.

Un trattamento di sostituzione è stato così fissato: 25-30 mgr. 3 volte nella settimana, per 3-4 settimane, in seguito 25 mgr. 1-2 volte per settimana.

Negli ipoevolutismi genitali l'azione benefica è forse solo apparente, poichè i testicoli non aumentano mai di volume anzi talora regrediscono. In questi casi occorre agire attraverso la preipofisi.

Per l'uso nella criptorchidia occorre fare parecchie riserve e così pure nella stessa impotenza sessuale.

Risultati più convincenti sembrano aversi nell'ipertrofia prostatica, ma non mancano voci discordanti.

L'azione tonificante sull'organismo senile è purtroppo passeggera.

Le indicazioni per la donna sono il c. d. seno doloroso, la mastopatia cistica, l'iperattività follicolinica, le turbe della menopausa, le febbricole tbc. premestruali. SIBILIA.

Squilibrio ovarico e dermatosi. Azione terapeutica dell'ormone maschile in certe forme di psoriasi e di eczema.

(A. LAFITTE e G. HUBET. *Presse médicale*, pag. 472, 29 marzo 1939).

Gli AA. hanno messo in evidenza il nesso causale fra squilibrio ovarico e alcune dermatosi del tipo della psoriasi e dell'eczema. Essi hanno ottenuto un buon risultato terapeutico con la somministrazione di ormone maschile in cinque casi riportati nel lavoro.

In un caso si tratta di una ragazza di 16 anni e mezzo affetta da psoriasi sin dall'età di 13 anni. La malattia era refrattaria a ogni cura. La ragazza era intensamente dismenorroica e i dolori mestruali erano preceduti sempre da notevole mastodinia. Dopo 5 iniezioni di acetato di testosterone praticate a giorni alterni la psoriasi è scomparsa; per evitare recidive (manifestantesi dopo interruzione della cura) si continuò a praticare ogni 2 mesi 5 iniezioni di ormone maschile; la ragazza da oltre un anno non presenta alcuna traccia psoriasica sulla pelle ha mestruazioni regolari, indolore.

In un secondo caso si tratta di una donna sofferente da 8 anni di eczema cronico delle mani che si accentuava prima e durante la mestruazione, diminuiva dopo; la donna era dismenorroica; le mestruazioni erano precedute da notevoli dolori mammari. Eczema e dismenorrea erano comparsi parallelamente. Fallite molte cure si sono praticate ogni mese 5 iniezioni di acetato di testosterone dal 12° al 20° giorno del ciclo mestruale. Dopo un mese la dismenorrea, la mastodinia e l'eczema erano scomparsi; un'interruzione temporanea della cura determinava la ricomparsa delle manifestazioni associate.

Gli AA. descrivono altri due casi di psoriasi e uno di eczema in cui il trattamento ormonico ebbe lo stesso effetto. I risultati migliori si ottengono nelle dermatosi associate ai disturbi catameniali ricordati e che gli AA. credono di poter riferire a uno stato iperfollicolinico. Viene emessa l'ipotesi che anche altre manifestazioni morbose come l'urticaria, l'emicrania, l'edema di Quincke, l'asma ecc., quando si accompagnino a disturbi ovarici di tipo iperfollicolinico, possano trarre beneficio da un trattamento con ormone maschile.

MADEYSKI.

L'ormonoterapia follicolinica.

(P. MOCQUOT, R. MORICARD e F. SAULNIER. *Paris Médical*, 1° luglio 1939).

Allen e Doisy dimostrarono per primi l'esistenza nel liquido follicolare di un ormone capace di riportare allo stato normale la mucosa vaginale di una topa, alterata in seguito alla castrazione.

Loewe nel 1926, Aschheim e Zondek nel 1927 rilevarono nelle urine la presenza di sostanze estrogene. Simultaneamente Doisy negli Stati Uniti e Butenandt in Germania cristallizzarono la follicolina o estrone. Nel 1934 lo stesso Doisy dimostrò che l'ormone è secreto dall'ovaio sotto forma di estradiol che è l'alcoole secondario della follicolina. Schwenk preparò il benzoato di estradiol la cui azione è più prolungata dell'estrone e dell'estradiol. Successivamente sono stati preparati prodotti sintetici tra i quali il dietilstibestrol, che per via orale è ancora più attivo della follicolina. Così attualmente la terapia dispone dei seguenti prodotti, tutti con attività estrogena: estrone, estradiol, benzoato di estradiol, dietilstilbestrol.

L'iniezione di qualche millesimo di milligramma di estrone ($C^{18} H^{22} O^{2}$) produce entro 48 ore in una topa castrata la cheratinizzazione della vagina e a dosi un po' più forti lo sviluppo delle mammelle.

Se si castra una gallina le sue penne assumono l'aspetto di quelle del gallo. Ma se si inietta follicolina esse riassumono l'aspetto normale. Quindi l'estrone non agisce solo sul tratto genitale e sulle mammelle, ma anche sui caratteri sessuali secondari.

Negli animali castrati si producono modificazioni notevoli dell'ipofisi anteriore: le cel-

lule s'ingrandiscono, il nucleo diviene eccentrico, l'apparato di Golgi si sposta e diviene eccentrico; la cellula è distesa dal colloide la cui reazione è di solito leggermente basofila. Se si inietta follicolina tutto ciò scompare: il protoplasma ridiventa granuloso, il nucleo e l'apparato di Golgi ritornano centrali.

Pertanto la follicolina ha azioni vaste e diffuse con conseguenze terapeutiche complesse.

L'ormone follicolare più adoperato in terapia in ragione della sua maggiore attività e della sua innocuità è il benzoato di estradiol.

Per fissare la posologia razionale di questo ormone basta provocare nella donna ovariectomizzata lo sviluppo uterino e la ricomparsa della mestruazione. È noto che l'ovariectomia bilaterale produce una regressione dell'utero con atrofia della mucosa e scomparsa delle mestruazioni.

Per quel che riguarda la trasformazione della mucosa uterina è a ricordare che questa ha un ciclo subordinato ovarico allo sviluppo follicolare seguito dalla formazione di corpi lutei. Si ha dapprima proliferazione e poi segni di attività secretoria nonchè modificazioni del tessuto connettivo.

Nella donna ovariectomizzata la mucosa è atrofica, il corion non è più edematoso, i canali escretori delle glandule sono atrofizzati, non si ha più proliferazione. Oltre a ciò si ha atrofia della vagina e più tardi anche della vulva specie delle piccole labbra. La regressione mammaria è meno evidente perchè lo sviluppo di questa glandula non dipende unicamente dal fattore follicolinico.

L'iniezione di 30 milligrammi di benzoato di estradiol, in ragione di 5 milligrammi due volte la settimana, provoca lo sviluppo della mucosa che corrisponde al periodo di attività del follicolo ovarico. La mucosa, che era atrofizzata, prolifera e i condotti glandulari prendono un aspetto normale; si ha la formazione di spine connettivali ed edema marcato del corion; si può avere mestruazione; la vagina si sviluppo e scompare la dispauremia.

Le esperienze fatte dimostrano che l'ormonoterapia follicolinica va dosata in peso (milligrammi) e non in unità fisiologiche.

Gli effetti del benzoato di estradiol dipendono dall'età delle malate. Nelle donne anziane non si ha alcun risultato ad eccezione di qualche dolore in corrispondenza dei seni. Nelle giovanette invece anche piccole dosi i seni da piatti diventano sporgenti e si ha una pigmentazione dell'areola con risalto dei tubercoli di Montgommery.

La follicolina ha anche un'azione trofica generale sulla pelle. Fa scomparire la pelosità delle donne amenorroiche. Dosi forti di follicolina possono inibire in modo impressionante lo sviluppo dei peli periboccali, ma non determinano la caduta dei peli delle braccia o della regione soprapubica, il che mette in evidenza la differenza della recettività follicolinica a seconda delle varie superfici cutanee.

Il benzoato di estradiol, alla dose di 1-5 milligrammi ogni mese, può fare scomparire i disturbi neurovegetativi (vampate, vertigini, astenia, disturbi della memoria) consecutivi all'ovariectomia.

In tali casi sembra che l'estrone agisca sul simpatico cervicale e ristabilisce la funzione normale dell'ante-ipofisi, ambedue condizionati dagli ormoni sessuali.

Infine è a rilevare il potere metaplasico delle sostanze estrogene. Lacassagne ha con esse provocato la cancerizzazione delle mammelle dei topi e Allen, Nelson, Aubertin e Cauchoix, enormi fibromi nelle cavie. Tali fatti si producono solo quando l'azione ormonale è continua. È pertanto necessario che la somministrazione terapeutica della follicolina sia discontinua con intervalli di due o tre settimane. DR.

CHEMIOTERAPIA.

Azione della sulfanilamide in vitro e in vivo.

(L. K. WOLFF e H. W. JULIUS. *Annales de l'Institut Pasteur*, giugno 1939).

La chemioterapia ha avuto per opera di Ehrlich una brillante affermazione nella cura delle malattie da protozoi. Nelle malattie di origine batterica invece i risultati furono scarsi coll'optochina e colla tripaflavina.

La scoperta del prontosil fatta nel 1935 da Donacegk ha rivoluzionato la chemioterapia delle infezioni batteriche. Alla scoperta del prontosil seguì quella di un prodotto consimile, il rubiazol. Sono tutt'e due sostanze con funzione azoica con un gruppo comune, il paramidobenzenesulfamide, legato nel prontosil al trianacidobenzene e nel rubiazol all'acido 1. 2. 2. 5. triaminobenzoico.

Con questi preparati si ebbero risultati non solo nelle infezioni streptococciche, ma anche nelle gonococciche e meningococciche, nelle infezioni da coli e da proteus, nel tifo, nel paratifo, nella gangrena gassosa, nella febbre ondulante, nella m. di Nicolas e Favre. Come inconvenienti del loro uso furono registrate la cianosi e l'agranulocitosi.

Da notare che questi preparati, a differenza della tripaflavina, non hanno azione antisettica, cioè in vitro non uccidono i germi. I collaboratori di Fourneau, e precisamente Tréfouël, Nitti e Bovet hanno formulato l'ipotesi che nell'organismo i legami diazoici del prontosil e del rubiazol siano ridotti in modo che compaia il paramidobenzene sulfamide, che più sinteticamente gli inglesi e gli americani chiamano sulfanilamide.

Nel 1937 Fuller dimostrò quest'ipotesi e Tagel nel 1938 trovò che il fatto si verifica anche in vitro in presenza di sangue e di cellule epatiche, renali e intestinali. Da allora si sono preparati numerosi derivati della sulfanilamide. La sulfanilamide non agisce come antisettico e terapeuticamente non è attiva nelle infezioni pneumococciche, da streptococcus viridans, da strept. boccalis, da stafilococchi e da b. della tbc.

Colebrook e Kenny, Buttle e Gray e altri insistettero sull'osservazione che la sulfanilamide agisce in vitro solo se gli streptococchi sono in scarsa quantità. Altri videro che l'azione sugli streptococchi è più spiccata se si uniscono elementi viventi (cellule) e che anche debolissime dosi di sulfanilamide eccitano la fagocitosi. Secondo altri (Levaditi e collaboratori) l'azione della sulfanilamide si esplicherebbe sulle capsule batteriche. Ma non tutti i germi su cui questo medicamento agisce sono capsulati. Secondo altri ancora l'azione si avrebbe sulle tossine batteriche.

Gli AA. hanno voluto indagare su questi problemi con ricerche sperimentali. Da queste risulta che la sulfanilamide non agisce solo su microrganismi giovani, come sembrava da esperimenti di altri studiosi, mentre è confermata l'opinione che essa agisce solo su un piccolo numero di germi. L'azione della sulfanilamide consiste nell'arresto del meccanismo di riproduzione dei germi, a condizione che la riproduzione si sia verificata almeno otto volte nel mezzo contenente sulfanilamide.

Paragonando l'azione della sulfanilamide con quella del fenolo e della tripaflavina, gli AA. constatarono che la prima sostanza agisce non come batteriostatica e come antisettica, ma con un meccanismo diverso.

Ricerche su culture di tessuti hanno dimostrato agli AA. che la sulfanilamide non ha azione sul processo fagocitario. Con questo non si deve concludere per l'innocuità della sulfanilamide sui tessuti, ma per un maggior margine fra nocività per i tessuti e azione battericida che la sulfanilamide ha nei riguardi della tripaflavina.

Sono in corso altre ricerche per assodare se, come pare, sia razionale aiutare le cellule mediante l'uso di antisieri la cui efficacia sarebbe attivata dall'uso della sulfanilamide.

L.

Gli incovenienti del trattamento sulfamidico.

(R. LEVENT. *Gazette des Hôpitaux*, 29 aprile 1939).

L'efficacia delle sulfamidi è incontestabile, come è incontestabile la loro innocuità abituale. Tuttavia l'esperienza oramai molto larga ha dimostrato che esse possono talvolta, anche se adoperate in dosi non eccessive, provocare disturbi di vario genere e di varia intensità.

Tali disturbi sono sempre generali potendo senz'altro escludersi la possibilità di fatti locali nel punto della iniezione, e sono precoci e tardivi. I primi sembrano dovuti ad intolleranza individuale, i secondi ad intossicazione banale.

I disturbi precoci sono i meno rari e possono essere immediati e mediati.

Quelli immediati compaiono verso il terzo giorno e sono costituiti da cefalea frontale, astenia improvvisa, leggero stato di ebbrezza, vertigini, sonnolenza che può giungere fino alla prostrazione, anoressia, nausee, vomiti, diarrea, irritazione delle mucose delle vie urinarie di escrezione, ritenzione di urina seguita da albuminuria.

Quelli meno immediati sogliono comparire dall'8° al 13° giorno e sono costituiti da cianosi, eruzioni, febbre, disordini digestivi, irritazione renale. La cianosi è la più frequente e sembra per lo più dovuta ad alterazione del pigmento ematico. La pelle, la mucosa orale, le congiuntive, il glande, le unghie assumono una colorazione violacea che scompare con la sospensione del trattamento. Le eruzioni sono più rare, ed assumono il tipo degli eritemi rubeoliforme, morbilliforme o scarlattiniforme con febbre a 40°; sono in genere benigne e scompaiono entro 48 ore. A parte la febbre legata a queste eruzioni, sempre verso l'8° o 11° giorno si può avere un'improvvisa elevazione della temperatura che dura da 2 a 5 giorni; questa febbre isolata non costituisce una ragione per interrompere la cura. I disturbi digestivi sono simili a quelli che si hanno immediatamente, si può avere in più l'ittero con comparsa di pigmenti biliari nelle urine. Un rene, già tarato, eliminando troppo lentamente il veleno può essere irritato per accumulo provocando un certo grado di acidosi plasmatica, che si combatte efficacemente con gli alcalini.

I disturbi tardivi molto più gravi, talvolta mortali, sono più rari e sono spesso dovuti ad un trattamento troppo prolungato su individui tarati.

I più noti sono quelli epatici con ittero e quelli renali con anuria ed ematuria.

Più importanti solo le manifestazioni a carico della cute: dermite esfoliativa o tossicodermite con edemi ed elementi papulo-maculosi lichenificati, accompagnate talvolta da febbre alta ed albuminuria.

Tra le complicazioni nervose vanno segnalate le neuriti dei nervi cranici, specie dell'ottico, e, più frequenti, le polineuriti a carico degli arti inferiori, che si son viste comparire tre settimane dopo la cessazione di un trattamento apparentemente ben tollerato. Tali polineuriti si manifestano con disturbi motori

senza disturbi sensitivi, senza amiotrofie e modificazioni delle reazioni elettriche. Sogliono scomparire lentamente.

Gli accidenti tardivi più gravi che possono determinare la morte sono quelli a carico del sangue. La complicazione meno frequente e meno grave è la metemoglobinemia, che sembra legata a idiosincrasia e in genere scompare 24 ore dopo la cessazione del trattamento. Le cose procedono diversamente nella sulfemoglobinemia prodotta dall'assorbimento nel sangue dell'idrogeno solforato contenuto nel tubo digerente ed alla combinazione con l'emoglobina. Compare sei settimane dopo l'inizio del trattamento ed è favorita dall'associazione della sulfamide con altro medicamento contenente zolfo, anche un semplice catartico. Produce cianosi specialmente marcata alle labbra ed alle unghie. Quantunque di solito sia transitoria, talvolta dura parecchie settimane dopo la sospensione della cura. La prognosi è sempre seria sopratutto nei soggetti anemici.

Più grave ancora, e non eccezionale, è l'agranulocitosi, che s'inizia subdolamente per realizzare poi al completo il quadro descritto da Schutz, terminando quasi sempre con la morte.

Sono state osservate anche anemie profonde senza leucopenia, con evoluzione rapida ma guaribili mediante la trasfusione.

Infine va accennato ai disturbi della spermatogenesi.

La varietà e, talvolta, anche la gravità degli accidenti prodotti dalla sulfamide non possono far bandire un medicamento il cui valore è certo. Occorre però osservare alcune precauzioni. Innanzi tutto il malato deve essere assiduamente sorvegliato. Egli deve rimanere a letto, bere abbondantemente e prendere le dosi strettamente necessarie per un tempo minimo: non più di 4 grammi per giorno e per non più di 15 giorni. Si dovrà tener conto delle tare: renali, epatiche, endocrine, costituzionali.

Bisogna inoltre tener conto del pericolo delle associazioni medicamentose; la lista delle incompatibilità non è ancora chiusa, ma si devono proscrivere senz'altro i preparati contenenti arsenico, oro, zolfo: il solfato di soda o di magnesio, catartici abitualmente inoffensivi, sono particolarmente pericolosi.

Infine durante tutto il trattamento sarebbe opportuno praticare esami ematologici dal punto di vista spettroscopico e citologico al minimo segno di modificazioni dello stato chimico e morfologico del sangue.

Gli accidenti immediati richiedono solo una sospensione temporanea del trattamento, che può essere ripreso con dosi più tollerate. Le eruzioni, i disturbi nervosi, digestivi, epatici o renali devono indurre ad una maggiore prudenza. Se dopo qualche giorno di sospensione la ripresa a dosi più deboli non è ben tollerata, si deve abbandonare il trattamento definitivamente.

DR.

I preparati sulfamidici per applicazioni locali in chirurgia.

(P. e G. BOSSE. *Fortschritte d. Therapie*, aprile 1939).

Gli AA. vantano l'uso di preparati per applicazione locale, che essi hanno sperimentato con esito favorevole in 3000 casi. Usano le preparazioni seguenti, in cui lasciamo i nomi dei prodotti originali, che ormai non sono più da considerarsi come specialità, avendosi i prodotti pari:

1) Prontosil rosso g. 4; Alcool, Acetone, ana q. b. per 100;

2) Prontosil rosso g. 10; Lattosio q. b. per 100;

3) Uliron concentrato g. 10; Unguento di fegato di merluzzo q. b. per 100.

Usare il prontosil rosso, e non bianco, perchè il primo favorisce la coagulazione (il secondo l'ostacola). L'aggiunta del lattosio ha effetto antibatterico e favorente le granulazioni. La soluzione: 1) sostituisce in tutte le sue applicazioni la tintura di jodio. L'unguento: 2) favorisce la cutizzazione; assai utile altresì la garza impregnata all'uliron, che dovrebbe far parte del pacchetto di medicazione.

Il trattamento può così schematizzarsi:

1) *Ferite*. Teletta della ferita come di consueto, poi versare nella cavità la soluzione o, se la ferita è molto sanguinante, mettervi il prontosil al lattosio; ricoprire con garza impregnata di uliron; se si desidera una cutizzazione rapida, applicazione dell'unguento. Nelle ferite articolari e tendinee, dopo aver lavato con la soluzione, mettervi l'unguento, che facilita i movimenti. Sutura primaria, dove è consigliata.

2) *Foruncoli ed antraci*. Spennellatura più volte al giorno con la soluzione, comprendendovi anche le parti circostanti; oppure applicazione di unguento. L'A. ha così potuto evitare sempre il taglio, anche negli antraci; soltanto in quelli più grossi ha asportato, con il termocauterio, le parti necrotiche, applicando poi l'unguento in strato spesso (esso calma la tensione ed il dolore), lasciando in posto la medicatura per 8 giorni, se è possibile.

3) *Ascessi, flemmoni, mastiti*. Larga incisione, accurato svuotamento del pus, introduzione in cavità del prontosil al lattosio, garza all'uliron ed un po' di unguento ai margini; lasciare in posto la medicatura per 8 giorni; si trova allora la ferita bene granuleggiante e quasi senza secrezione.

4) *Suppurazioni ed empiemi* (cavità articolari, pleura, peritoneo); aspirazione od asportazione il più possibile completa del pus ed introduzione di 5-20 cmc. di prontosil solubile forte. Gli AA. hanno ottenuto eccellenti risultati anche in peritoniti purulente, empiemi pleurici.

fil.

Fondamenti della terapia farmacologica di malattie tropicali.

(W. SCHULEMANN. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 30 giugno, 1939).

La chemioterapia delle malattie infettive e parassitarie tende in primo luogo a colpire in modo specifico l'agente morboso e a turbare le sue funzioni in modo così irreversibile da provocarne la distruzione, senza che però l'ospite venga danneggiato dal farmaco. Le ricerche sperimentali e cliniche però dimostrano che nel migliore dei casi viene uccisa dai farmaci solo una parte dei parassiti, l'altra parte viene più o meno danneggiata. In molti casi poi la chemoterapia non uccide affatto i parassiti ma li altera funzionalmente così da rendere possibile all'organismo di distruggerli con le sue proprie forze reattive. Per trovare nuovi farmaci contro malattie infettive si saggia tutta una serie di nuove combinazioni chimiche su animali da laboratorio sperimentalmente iniettati. Si determina anzitutto la massima dose di farmaco che non sia tossica, quindi si ricerca sull'animale infettato se tale dose modifica in qualche modo il decorso della infezione. Se si rivela una qualche azione terapeutica, si determina la minima dose efficace e da queste dosi-limite si calcola l'« indice terapeutico » che renderà possibile una comparazione dei diversi farmaci studiati. Naturalmente i valori così ottenuti valgono incondizionatamente solo per la specie animale, su cui si è sperimentato, per la specie di agente usata e per le particolari condizioni dell'esperimento: prima di poter giudicare della utilità pratica del nuovo composto sono necessarie una esatta analisi farmacologico-tossicologica di esso e una comparazione pratica sul malato con farmaci già noti per la loro efficacia terapeutica.

Condizioni importanti per la efficacia di farmaci sono la loro costituzione e la loro distribuzione nell'organismo. Dalla costituzione delle combinazioni chimiche dipendono le loro proprietà fisico-chimiche: ora si sa che sostanze chimicamente le più eterogenee esplicano effetti biologici simili se sono simili le proprietà fisico-chimiche delle loro soluzioni.

La distribuzione dei farmaci nell'organismo dipende da fattori molteplici. Così molte sostanze solubili che arrivano nel sangue o nei liquidi organici, assumono rapporti più o meno stretti con i componenti formati del plasma. Molti farmaci formano degli « aggregati » con i gruppi di sostanze proteiche del plasma (fibrinogeno, globuline, albumine »). Anche sotto tale rapporto i processi che si svolgono in vitro sono diversi da quelli che avvengono in vivo. Così in vitro la atebrina forma aggregati con le albumine del siero, mentre in vivo essa viene quasi del tutto legata dagli eritrociti. Così la germanina forma in vitro aggregati con le albumine del siero, mentre in vivo essa ne forma con il fibrinogeno inibendo in tal modo la coagulazione del sangue. I rapporti di distribuzione dei farmaci cambiano poi radicalmente se esistono nell'organismo processi infiammatori. Importantissimo per la efficacia di farmaci è il problema della permeabilità: così, mentre i tripanosomi normali assorbono le combinazioni di arsenico e di acridina e vi soccombono, i ceppi farmacoresistenti non lasciano penetrare le dette sostanze. Di non minore importanza per la chemoterapia è il fenomeno della « interferenza »: varie sostanze poco od affatto attive terapeuticamente, sono in grado di diminuire o di abolire del tutto l'azione di sostanze terapeuticamente ben attive. Sia il fenomeno della farmacoresistenza che quello della interferenza dipendono da alterazioni della permeabilità: la cellula del parassita non si deve considerare passiva di fronte alla aggressione chimica, bensì funzionalmente attiva. I ceppi di tripanosomi farmacoresistenti che talora si formano durante una cura, trasmettono tale proprietà acquisita ai discendenti anche dopo un ulteriore sviluppo nell'ospite intermedio e nuova trasmissione all'uomo: purtroppo non si è ancora riusciti a ripristinare la perduta permeabilità di questi ceppi.

I farmaci attivi alterano i processi del ricambio dei parassiti: questi variano non solo da parassita a parassita, ma anche nei singoli studi di sviluppo di uno stesso protozoo. Così è noto il grande consumo di glucosio da parte dei tripanosomi: si formano dei prodotti acidi del ricambio, e l'ossigeno viene assunto in grande quantità. La sottrazione del glucosio fa cessare l'assunzione di ossigeno. L'aumento del Ph riduce passo a passo l'assunzione di ossigeno. Questi processi sono legati alla presenza di tripanosomi viventi: uccisi i parassiti, non si può più dimostrare un enzima attivo. Ben diverso è il ricambio del parassita della malaria delle scimmie: la sostanza parassitaria del Plasknowlesi assume l'ossigeno senza che esista glucosio. Questo ossigeno viene sottratto alla ossiemoglobina, l'emoglobina viene dai parassiti trasformata in emetina. Il cianuro di potassio, privo di effetto sul ricambio respiratorio dei tripanosomi, inibisce totalmente l'assunzione di ossigeno da parte dei parassiti malarici. I farmaci alterano il decorso di questi processi del ricambio: essi agiscono in parte come attivatori, in parte come inibitori dei fermenti cellulari. I parassiti alterati nelle loro funzioni vitali vengono facilmente distribuiti dalle forze reattive dell'organismo parassitario. Così la germanina da una parte inibisce la scissione dei tripanosomi, d'altra parte ne trasforma le caratteristiche in modo da renderli facilmente fagocitabili dalle cellule del reticolo-endotelio. Anche la emetina inibisce la scissione delle amebe dissente-

riche. La plasmochina altera i gameti malarici nella loro vitabilità: pure essendo per alcuni giorni ancora dimostrabili nel sangue del malato in forma apparentemente invariata, essi non sono in grado di svilupparsi ulteriormente nello stomaco della zanzara. P.

Successi chemoterapeutici nella medicina tropicale.

(W. KIKUTH. *Deut Mediz. Wochenschr.*, 30 giugno 1939).

I principali progressi terapeutici nel campo delle malattie tropicali riguardano la malattia del sonno, la Leishmaniosi e la malaria. Per la cura della tripanosomiasi si è trovato un farmaco specifico, la germanina o Bayer 205, con cui si ottiene una sterilizzazione completa del sangue, il che è importantissimo per arginare la diffusione della malattia.

Questo risultato si basa sulla proprietà della germanina di rimanere molto a lungo nella circolazione dopo una iniezione endovenosa: dopo iniezione endovenosa di 1 grammo di germanina l'individuo può per un periodo di 3-5 mesi venir punto da mosche tsé-tsé fortemente infette, senza ammalare. La germanina guarisce il malato, senza recidive, nei primi stadi di malattia, e spesso riesce efficace anche nelle varie malattie degli animali prodotte dai tripanosomi, ciò che facilita molto per alcuni paesi l'allevamento del bestiame. Come la malattia del sonno, anche la Leishmaniosi conduce per lo più alla morte se non viene curata.

La scoperta del tartaro stibiato come specifico rese possibile di salvare il 60-70 % dei malati: i preparati più recenti, neostibosan e solustibosan permettono di salvarne più del 95 %, la guarigione si ottiene col primo preparato in 8-12 giorni, con il secondo in 5-8 giorni. Per valutare la importanza sociale della malaria, basta ricordare che durante la epidemia di Ceylon dell'inverno 1934-1935, su 5 1/2 milioni di abitanti ammalarono nel corso di 5 mesi 1 1/2 milioni e ne morirono 100.000. Con il solo chinino non si riesce a sradicare la malattia. La atebrina dà migliori risultati clinici in tutte e tre le forme di malaria; il periodo di cura è molto più breve e le recidive sono più rare. Viene inoltre tollerata benissimo anche in casi di emoglobinuria e di idiosincrasia per il chinino. Il secondo rimedio sintentico antimalarico, la plasmochina, agisce sulle semilune della malaria tropicale, che dal chinino non vengono attaccate. Dosi elevate di plasmochina fanno scomparire in breve tempo le semilune, dosi piccole ne impediscono l'ulteriore sviluppo nella zanzara, ciò che arresta il ciclo di trasmissione del protozoo. La plasmochina impedisce inoltre le recidive nella malaria terzana, soprattutto se viene data insieme al chinino o alla atebrina. P.

DIVAGAZIONI

Il vino in terapia.

Il vino, ricorda R. Guillermin (*Praxis*, 15 giugno 1939) è la bevanda fermentata più antica e la più consigliata dai medici in ogni epoca. Il fatto che il suo abuso riesce dannoso non deve far rinunziare ad un medicamento che può riuscire molto utile. Anche la morfina e la cocaina adoperate in dosi eccessive e fuori luogo sono pericolosissime, ma nessuno potrebbe consigliarle di radiarle dall'armamentario terapeutico.

Per rendersi conto dell'efficienza medicamentosa del vino giova ricordare la sua composizione che è molto complessa. Oltre all'acqua contiene:

1) Alcooli, etilico sopra tutto, da 45 a 132 grammi per mille.
2) Piccola quantità di etere.
3) Glicerina, da 4 a 12 goccie per litro.
4) Un po' di mannite, talvolta glucosio e levulosio.
5) Traccie di aldeidi.
6) Sostanze pectiche, gomma, destrina.
7) Sostanze grasse e albuminoidee in quantità minime.
8) Acidi: acetico, propionico, malico, citrico, succinico, butirrico, lattico, enotannico e sopra tutto tartarico (da 1 a 4 gr. per litro).
9) Sostanze coloranti, che spesso sono sali ferrosi.
10) Essenze odoranti.
11) Sali di potassio, di calcio, di magnesio, di allumino, di ferro: solfati, fosfati, cloruri.
12) Gas: anidride carbonica, azoto.

È ovvio che il vino per scopi terapeutici deve essere somministrato a piccole dosi. Esso allora riesce:

Eccitante: stimola il sistema nervoso centrale ed il cuore per il suo contenuto in alcoole. L'eccitazione si manifesta dopo 15-20 minuti e dura poco. I vini più ricchi in etere sono al riguardo più efficaci, ed ancora più lo sono quelli carichi di anidride carbonica, che produce sui centri nervosi una stimolazione del tutto speciale. Un bicchiere di spumante può far superare una crisi transitoria. Per gli stati febbrili persistenti giovano i vini vecchi e leggeri.

Aperitivo: preso durante i pasti il vino eccita l'appetito. Quest'azione è dovuta in gran parte al gusto gradevole del vino, che provoca una secrezione più abbondante di saliva e di succo gastrico.

Eupeptico: facilita la digestione; la digestione gastrica è più rapida quando gli alimenti sono leggermente alcoolizzati e aromatizzati.

Tonico: solleva lo stato morale e fisico e perciò giova molto ai depressi ed ai convalescenti. Al riguardo sono più indicati i vini

rossi per il loro maggiore contenuto in tannino ed in ferro facilmente assimilabile.

Diuretico: in alcune nefriti, asciti ed iposistolie può riuscire utile attivando la secrezione renale. A tale scopo sono preferibili i vini bianchi leggeri, meglio ancora se dolci.

Afrodisiaco: è nota l'azione eccitante dell'attività sessuale dei vini spumanti.

Disinfettante: numerose esperienze hanno dimostrato che l'aggiunta di un po' di vino distrugge nell'acqua numerosi microrganismi, tra i quali quello di Eberth.

Antidiarroico: a causa del loro contenuto in tannino i vini rossi hanno una certa azione astringente.

Il vino deve essere sempre prescritto in occasione dei pasti.

Certo il medico ha più occasione di proibire l'uso del vino che di consigliarlo. Ma i concetti che guidano la lotta contro l'alcoolismo, non devono diventare un preconcetto per il vino come medicamento o anche come un utile condimento dei pasti. Per tutti i malati che consumano poco o niente alcoole, la prescrizione del vino è una necessità: negli anoressici, negli anemici, nei convalescenti, nei febbricitanti, nei depressi oltre che per le sue virtù terapeutiche riesce più che utile, perchè infonde un senso di euforia.

DR.

RIVENDICAZIONI

La paternità dell'auto-uro-terapia (A.U.T.).

Poichè nuovi esperimenti si pubblicano con frequenza sull'A.U.T. ed il metodo acquista sempre nuovi proseliti ed estende ognor più le sue applicazioni nei campi più varii della patologia, e poichè sono diversi gli Autori all'estero che se ne contendono la paternità, è bene stabilire che la prima idea di reinoculare l'autourina, subito appena emessa e convenientemente sterilizzata, appartiene ad un italiano e precisamente al prof. Cimino, urologo di Palermo, che per primo pubblicò alcuni esperimenti di A.U.T. in *Riv. Sanit. Siciliana*, 15 novembre 1927, rilevando il fondamento scientifico del nuovo metodo da lui proposto.

Altri sperimentatori (Jausion, Paléologue, Herz) sono venuti dopo, reinoculando l'urina con le stesse modalità tecniche già stabilite dal Cimino. Il metodo si fonda sul fatto bene accertato che in alcune malattie i pazienti emettono con le urine elementi biologici varii, collegati con la essenza della loro infermità (antigeni, ormoni) e che, se sono immediatamente reinoculati, possono esercitare una azione terapeutica, sia quale vaccino-proteinoterapia, sia quale cura desensibilizzante, sia quale cura auto-ormonica.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

OPPENHEIMER C. *Einführung in die allgemeine Biochemie.* Vol. in-8° di pagg. 227. Editore Sijthoff, Leiden. Fiorini olandesi 8,10.

Il libro di Oppenheimer, è un breve compendio di Biochimica. Un lucido libro di sintesi, ove non si trovano parole inutili o superflue, ma soltanto i fatti fondamentali e le interpretazioni ormai verificate.

È un libro didattico, che deve essere molto utile allo studente. È molto moderno e tuttora può essere dichiarato perfettamente aggiornato, non ostante i due anni trascorsi dalla sua pubblicazione.

Contiene una prima parte generale introduttiva, che tratta dei caratteri dello stato colloidale e descrive i principali elementi di interesse biologico.

Segue un rapido sguardo di insieme (Uebersicht) ai principali gruppi delle sostanze componenti la materia vivente. Le sostanze attive (vitamine) non sono raccolte in uno speciale capitolo, ma descritte ciascuna in quello dedicato alle sostanze di cui condividono o la struttura o la funzione. Così la vit. C è collocata fra gli idrati di carbonio, e la B2 fra i pigmenti biologici.

Segue la descrizione delle vie della sintesi e di quelle della disintegrazione e dei meccanismi dei fenomeni cellulari: catalisi, catalisi di ossidazione, azione dei fermenti. Chiude il libro un magistrale capitolo « Energetica della sostanza vivente », in cui l'organismo viene acutamente presentato nei suoi aspetti di macchina termodinamica.

Sono in tutto poco più di 200 pagine; ed è ammirevole che tante cose, spesso difficili, si siano potute dire in così poco spazio e con tanta chiarezza. M. COPPO.

P. CRISTOL. *Précis de Chimie biologique médicale.* Un vol. in-16° di 664 pagg., con 13 figg. Masson et C.ie, Paris. Prezzo 100 fr.

Molto opportunamente. si è venuto da qualche tempo sostituendo la dizione di « chimica fisiologica » con quella di « chimica biologica » assai più adatto perchè non limita il suo studio di processi fisiologici, ma lo estende anche al dominio della patologia, il che permette una più ampia visione della materia ed è anche, dal punto di vista pratico, più direttamente interessante.

Eccellente è la trattazione che ne fa l'A., che insegna tale materia alla Facoltà medica di Montpellier. Incomincia con delle nozioni d'indole generale sulla composizione elementare dell'organismo e degli alimenti, nonchè sulla chimica fisica. Tratta poi gli idrocarburi, i glucidi, i lipidi ed i protidi, partendo per tutti

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

dalle nozioni chimiche generali per studiarne le funzioni che rappresentano nell'organismo, i processi di scissione, di sintesi, di fermentazione, ecc. Così si seguono i glucidi nel tubo digerente, nel sangue e nel complesso sistema emo-glico-regolatore, con le conseguenze della loro inutilizzazione e carenza. Analogamente si fa poi per i lipidi ed i protidi, a cui segue la trattazione a parte dei cromoproteidi e dei pigmenti tetrapirrolici (emoglobina, pigmenti biliari, porfirina).

Numerosi schemi e tabelle permettono di rendersi conto più facilmente sia dei singoli fatti, sia del loro insieme. I continui ed abbondanti riferimenti fisio-patologici tolgono ogni aridità alle nozioni di chimica, che non escono da quelle che formano il patrimonio di coltura normale del medico e che, comunque, sono esposte con la limpida chiarezza, che è una delle principali caratteristiche di questo manuale. *fil.*

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sez. V. Methoden z. Studium der Funktionen der einzelnen Organe des tierischen Organismus. Parte 3 B. Un vol. di 387 pagg. con molte figg. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1938. Prezzo RM. 26 (sconto del 25 % per l'estero).

Si completa con questa puntata uno dei volumi del monumentale trattato diretto da E. Abderhalden, volume che tratta degli organi di increzione, ormoni, vitamine, auxine.

T. Reichstein vi svolge un vasto capitolo sugli ormoni della corteccia surrenale, esponendo i metodi di valutazione biologica, la preparazione degli estratti attivi e la descrizione delle singole parti isolate allo stato puro.

J. Freud vi tratta l'ipofisectomia. S. E. de Jongh e E. Laqueur la standardizzazione dell'insulina. P. De Fremery quella dei preparati gonadotropici e degli ormoni del corpo luteo, S. E. de Jongh la standardizzazione delle sostanze estrogene e J. Freud quella degli ormoni maschili; K. Lohman descrive l'isolamento dell'acido aneurin-difosforico (Cocarboxilase) dal lievito di birra.

Segnaliamo inoltre l'importante capitolo di P. J. Denekamp sulla chimica degli ormoni gonadotropi, di cui sono considerate la fisiologia, la preparazione dall'urina, dall'ipofisi e da altre parti del corpo, e le proprietà fisiche e chimiche.

La puntata contiene inoltre l'indice alfabetico di tutto il volume. *fil.*

VIGGO THOMPSEN. *Studies of trauma and carbohydrate metabolism with special reference to the existence of traumatic diabetes.* Acta Med. Scandinavica. Suppl. 91, pagg. 416. Stoccolma, 1938.

Se si considera brevemente la storia del diabete traumatico, che si può considerare iniziata dall'esperienza della puntura cerebrale di Cl. Bernard, si constata che, col volger del tempo, il nesso causale trauma-diabete è stato accolto con sempre maggiore criticismo e scetticismo.

Von Norden e Umber ritengono possibile il diabete traumatico, soltanto quando il trauma determina una estesa lesione diretta del pancreas insulare. Secondo gli autorevoli AA., gli altri traumi fisici e psichici non possono provocare il diabete, ma soltanto esacerbare un diabete preesistente; in qualche raro caso rivelando così il diabete, prima latente.

L'A. ha studiato il metabolismo idrocarbonato (glicemia, glicosuria, carico con glucosio) in 144 individui non diabetici traumatizzati e in 100 diabetici traumatizzati: riassumiamo le sue conclusioni.

Circa nel 63 % dei traumatizzati non diabetici, si sono osservati piccoli disturbi del metabolismo glicidico, rivelati dalla iperglicemia e dalla glicosuria spontanea o alimentare. senza alcun rapporto col tipo e la sede del trauma. In particolare non sono dimostrabili differenze fra i traumatizzati sul cranio, e i colpiti da traumi periferici.

Tali alterazioni compaiono al massimo entro un mese dal trauma, e durano relativamente più a lungo nei soggetti anziani che nei giovani. La transitorietà di tali alterazioni è costante: mai ne derivò un vero diabete. Nè vi sono ragioni per ammettere nei soggetti, che presentano questa particolare complicazione del trauma, o una eredità neuroendocrina o una speciale labilità nervosa.

Quando preesiste diabete, il trauma lo accentua spesso. Ma questa accentuazione è anch'essa transitoria. Dura al massimo un mese. In media 26 giorni. Poi, il corso del diabete non differisce affatto dal decorso del diabete abituale, non traumatizzato.

Apposite ricerche hanno permesso all'A. di ritenere, che le descritte alterazioni del ricambio glicidico, indotte dal trauma, dipendono da un riflesso nervoso simpatico.

In conclusione quindi, dalle larghe osservazioni dell'A. risulta che, se non determinano una estesa lesione del pancreas, i traumi non possono provocare il diabete. Essi possono soltanto accentuare un diabete preesistente, ma questa accentuazione, che è immediata, è assolutamente transitoria.

Perciò l'affermazione che un diabete latente può essere trasformato da un trauma in diabete manifesto non può essere mantenuta.

L'importanza medico-legale e clinica di questa documentatissima monografia, non ha bisogno di illustrazione. M. COPPO.

N. TORSTEN LINDQUIT. *Studiem ueber das Vitamine A beim Menschen.* Vol. in-8° di pagg. 267. Acta Med. Scandinavica, Suppl. 97, 1938.

Anche riguardo alla vitamina A, come per le altre vitamine, il problema più urgente è

quello di trovare un metodo che ci permetta di decidere se un organismo è sufficentemente o insufficentemente fornito della corrispondente vitamina.

Solo così sarà possibile di fissare finalmente un limite rigoroso e efficace al dilagare della terapia vitaminica verso i campi più disparati e meno vitaminici della patologia.

È noto che per quanto si riferisce specificamente alla vitamina A, un test di ipovitaminosi sufficientemente sensibile è stato trovato nella misura del tempo di adattamento del visus al buio; la emeralopia è un segno di disvitaminosi A. L'adaptometro è lo strumento con cui si misura questo difetto della visione notturna o cecità notturna.

Con questo metodo è anche facile determinare la quantità di vitamina A che è necessario di somministrare all'organismo, perchè il tempo di adattamento ritorni normale, e questo costituisce un test della entità delle riserve di vitamina A dell'organismo.

Secondo l'A. anche il dosaggio della vitamina A nel siero può costituire un importante elemento di giudizio per affermare o escludere la ipovitaminosi A, più o meno latente.

Nel libro l'A. riferisce i risultati di molti dosaggi da lui eseguiti nel siero (reazione di Carr-Price) in numerose malattie infettive, digestive, epatiche, endocrine e renali.

È molto importante il fatto ormai generalmente accettato, che in condizioni patologiche particolari (per es. nefrite) la vitamina A passa nelle urine anche se queste non contengono affatto grassi. Per spiegare il fenomeno si ammette che possa esistere transitoriamente una fase idrosolubile della vitamina, che come è noto è rigorosamente liposolubile.

Molto interessante è anche il capitolo: « esistono forse più vitamine A? ». È noto che l'omologo superiore della vitamina A, che contiene 22C invece di 20C, possiede azione antixeroftalmica. Esempio eloquente del fatto che le vitamine non posseggono una azione specialissima, quasi misteriosa, come si riteneva, ma manifestano al massimo di intensità una azione comune a tutto un gruppo di sostanze, strutturalmente simili.

Il libro è molto interessante, ed è una delle prime manifestazioni di quel bisogno di sintesi, di coordinazione, che è così generalmente sentito in tema di vitamine, per raccogliere i frutti di così innumerevoli lavori particolari, che hanno riempito i giornali medioscientifici di tutto il mondo. M. COPPO.

M. GROENEN. *Des variations immunitaires aux infections tuberculiniques en fonction du terrain.* Un vol. in-16° di 65 pagg. J. B. Ballière et fils, ed. Paris, 1939.

È indubitato che l'attecchimento o meno delle malattie infettive in genere e della tubercolosi in ispecie dipenda in gran parte dal terreno in cui l'infezione si svolge, per cui si può avere la resistenza o la predisposizione. L'individuo porta con sè nascendo il suo potenziale di vitalità e di resistenza, il che non toglie che questo sia poi soggetto a variazioni secondo le età e varie condizioni.

L'A. vede nel sistema endocrino e soprattutto nel timo un fattore di grande importanza per tale resistenza e ritiene opportuno ed utile orientare verso tale tendenza la prevenzione e la terapia. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Italiana di Gastro-Enterologia.

Torino, 4 giugno 1939-XVII

Il granuloma maligno del canale digerente.

Prof. C. GAMNA e Dott. PINO. — Quando nel 1919 Gamna descrisse la sua prima osservazione (prima in Italia) di granuloma maligno dell'intestino, osservazione con un quadro anatomoclinico così dimostrativo da ritenersi ancora oggi, quale manifestazione più caratteristica di questa forma morbosa, erano noti alla letteratura medica solo due casi, uno di Schlaugenhaufer (1913) non sicuro, e l'altro certo di Eberstadt (1914). Tali prime osservazioni, cui presto tennero dietro quella di Patsch (1921) e di Terplan (1922). hanno acquisito definitivamente la conoscenza di una localizzazione intestinale del granuloma maligno, prima di allora negata.

Anzi per Türk e Naegeli il comportamento passivo del canale digerente nella malattia di Sterberg, era così costante da rappresentare un carattere differenziale rispetto al linfosarcoma ad infiltrati pseudoleucemici.

In quest'ultimi anni però la casistica s'è arricchita notevolmente, ed oggi non solo resta definita la forma gastro-intestinale del granuloma maligno, ma possiamo dirci in grado di tracciare abbastanza esattamente i suoi aspetti anatomo-patologici ed approssimativamente quelli clinici.

Essa fa parte del cosidetto granuloma maligno a tipo addominale, del quale, sulla conoscenza presente dei suoi vari aspetti, una più precisa sistemazione dovrebbe, secondo i relatori, distinguere: la forma *a*) gastro-intestinale; *b*) la retroperitoneale; *c*) la epato-lienale.

L'oratore (prof. Gamna) premette che attualmente è ben difficile definire il quadro clinico della granulomatosi maligna del canale digerente, specie se lo studio si limita agli elementi forniti a riguardo dalla casistica, essendo una buona parte di essa commentata *a posteriori*, di fronte cioè a reperti morfologici di stadio avanzato e talvolta largamente diffuso.

Per rendere il compito, quanto è possibile, meno arduo, i relatori credono bene riferire prima gli aspetti anatomo-patologici della malattia, e delineare, dall'esame epicritico di questi associato ai dati clinici offerti dalla letteratura, la sintomatologia ed il decorso dell'affezione.

Venendo a parlare dell'anatomia patologica, dopo aver prospettato i principali criteri anatomo-clinici discriminativi che giovano a distinguere in varie forme la granulomatosi maligna del canale digerente, accennano alle localizzazioni secondo l'ordine di frequenza esaminando suc-

cintamente le lesioni macroscopiche della parete gastro-intestinale.

Queste possono fondamentalmente essere condotte al tipo ulcerativo e quello neoplastiforme. Il secondo tipo è spesso ulcerato, e si presenta in forma infiltrativa o in quella prevalentemente vegetante.

L'oratore fa presente che le lesioni granulomatose, nel canale digerente, con una certa frequenza sono a sede multipla, anzi l'associazione di alterazioni gastriche con quelle dell'intestino figura in un gran numero di casi e valorizzano tale rilievo per differenziare la granulomatosi maligna da altre malattie con cui, specie clinicamente, va confusa.

I relatori analizzano brevemente l'evoluzione e le complicanze della malattia di Sternberg, principalmente in rapporto alle sue espressioni morfologiche gastro-intestinali più importanti, e rilevano che l'affezione quando insorge nel canale digerente, non tende per lo meno precocemente a generalizzarsi, mentre quasi sempre risultano compromesse le linfoghiandole satelliti.

Passano alle lesioni istologiche dimostrando che il granuloma maligno nasce prevalentemente nella mucosa ed infiltra poi le rimanenti tuniche.

Prima di esporre la sintomatologia, l'oratore, ritiene opportuno toccare alcune questioni che il tema di relazione offre all'attenzione del patologo e del clinico.

Il primo quesito riguarda il significato patologico del granuloma maligno primitivo del canale digerente.

L'oratore rileva che dal complesso della casistica si possono isolare rare osservazioni con lesione esclusiva della parete gastro-intestinale, oppure un numero non esiguo di esemplari (e quello ricordato al principio della relazione era tipico) con una lesione della parete del canale digerente ed adenopatia satellite: un complesso primario dunque con la più schietta fenomenologia patologica di affezione primitiva regionale: focolaio d'innesto e prima propagazione linfogena. Insiste sul fatto che la malattia può svolgersi tutta in forma distrettuale, ciò che lo porta ad alcune considerazioni sopra i caratteri clinici ed anatomici della granulomatosi maligna in genere.

La seconda questione si riferisce al rapporto che intercede fra la forma primitiva dell'intestino con quella retroperitoneale del granuloma maligno, e i relatori ritengono che esse abbiano una patogenesi comune.

Infine vengono utilizzate le osservazioni di malattia di Sternberg gastro-intestinale per mettere in rilievo le differenze di natura etiologica tra la malattia tubercolare e la granulomatosi maligna.

Passano quindi a descrivere in sintesi la sintomatologia ed il decorso del granuloma maligno gastro-intestinale.

Questo si presenta nelle forme primitive con una fenomenologia che nella pratica di solito si traduce con quadri clinici fatti di un complesso di sofferenze addominali in forma subdola, quale meteorismo, algie più o meno importanti, disturbi di canalizzazione e dell'alvo, sopra uno sfondo di pronunziato deperimento progressivo, ed anemia, spesso accompagnata da febbre e meno frequentemente da manifestazioni cutanee.

Tale fenomenologia s'inaugura, a quanto la documentazione della casistica lascia dedurre, o con disturbi generici addominali, o con uno stato febbrile prolungato congiunto a dolori e dolenzie vaghe e vaganti, oppure essa s'inizia con vere e proprie coliche.

Spesso, e talvolta stentatamente, come rilevano i relatori, in un periodo più o meno tardivo il complesso quadro clinico acquista una fisionomia un po' decisa nel senso di accusare specificatamente un segmento del canale digerente.

Analizzano quindi, dal punto di vista clinico, separatamente e successivamente la forma gastrica, quella intestinale ed in ultimo la esofagea.

Si prospettano, ai fini di una diagnosi, diretta ed indiretta, quali possano essere i fatti più propri della malattia di Sternberg gastro-intestinale.

Impostano poi la diagnosi differenziale fra questa affezione e malattie a fenomenologia affine, passando in rassegna successivamente, i neoplasmi maligni, la tubercolosi intestinale, la sifilide gastrica, l'amebiasi, l'attinomicosi del cieco e dello stomaco, il linfogranuloma retroperitoneale e la periarterite nodosa addominale.

Parlando della prognosi e terapia che, stando alla casistica, dovrebbero essere ritenute, infausta la prima, vana la seconda, fanno rilevare, con citazione di esempi, alcuni risultati chirurgici fortunati, valorizzandone il significato sia in quanto esso accresce di molto l'interesse della vittoria diagnostica, sia perchè porta nuova conferma l'affermazione già dianzi fatta di una prima fase strettamente distrettuale della linfogranulomatosi maligna.

Le localizzazioni ano-retto-coliche della malattia di Nicolas e Favre.

Prof. A. Midana. — Il relatore prima di passare all'esposizione dell'argomento all'ordine del giorno traccia un breve quadro riassuntivo delle più recenti acquisizioni sulla malattia di N. e F., le quali hanno permesso di dimostrare come le possibilità patogene del virus comprendano campi ben più vasti e numerosi che non quelli originariamente considerati: fra le svariate localizzazioni dell'agente patogeno quelle ano-retto-coliche meritano, sia per la loro frequenza che per la gravità delle lesioni cui danno luogo, particolare rilievo ed esse, secondo il relatore, debbono essere contraddistinte con l'appellativo di rettiti infiltrative, il quale sta ad indicare la lesione anatomopatologica fondamentale del processo.

Premessi brevi dati statistici ed epidemiologici il relatore passa alla descrizione delle alterazioni anatomopatologiche macroscopiche che caratterizzano le rettiti infiltrative e ne differenzia i diversi tipi clinici. Vengono così distinte forme acute e forme croniche ed a lor volta queste ultime vengono suddivise in forme ipertrofiche e vegetanti ed in forme stenosanti. Di ognuno di questi tipi viene tracciato il quadro clinico ponendo in particolare rilievo gli elementi che permettono di differenziare le singole varietà. Dopo aver brevemente accennato alle complicazioni ed in primo luogo alla formazione di tragitti fistolosi, l'O. ricorda le associazioni delle manifestazioni ano-retto-coliche con le localizzazioni della malattia all'apparato genitale femminile sia interno che esterno. Particolare attenzione rivolge alla frequenza della diffusione delle lesioni rettali ai segmenti sovrastanti del grosso intestino, ed accenna alla possibilità che talune manifestazioni incluse nel quadro mal conosciuto delle coliti ul-

cerose vadano eziologicamente riferite al virus della malattia di N. e F. Viene poi tracciato il quadro istopatologico delle lesioni, che in linea generale, e sopratutto nelle forme di più recente data, collima con quello ben noto della malattia di N. e F.

L'eziologia delle rettiti infiltrative è ampiamente trattata: dopo avere accennato alla supposta origine sifilitica, gonococcica, streptobacillare, tubercolare, ecc., delle manifestazioni, il relatore conclude affermando, sulla scorta di dati sperimentali, microbiologici, clinici, istopatologici e terapeutici, che la grande maggioranza delle rettiti infiltrative ritrova nel virus della malattia di N. e F. la sua causa eziologica, ammettendo che solo per un'infima percentuale di casi altri agenti infettivi, ed in primo luogo il bacillo della tubercolosi, possano realizzare un quadro clinico analogo a quello determinato dal virus della malattia di N. e F.

La questione della patogenesi, come quella che è ancora oggi oggetto di discussione, viene in seguito minutamente analizzata e discussa: il relatore ritiene che le diverse ipotesi patogenetiche prospettate possano essere conciliate nel senso che la parete rettale possa essere aggredita dal virus sia per inoculazione diretta sulla mucosa, quanto attraverso inoculazione nei territori linfatici circostanti con migrazione successiva verso la regione ano-rettale ed attraverso un processo di linfocellulite perirettale. La diversità del meccanismo patogenetico è quindi legata alla modalità colla quale si è verificato il contagio, che diversifica, in tesi generale, a seconda del sesso ed a cui sarebbe condizionata l'insorgenza dell'una o dell'altra varietà di rettite.

La diagnosi viene prospettata sulla base dei dati clinici, biologici, radiologici e rettoscopici: il relatore analizza accuratamente questi elementi sopratutto nei confronti della loro valutazione ai fini diagnostici. La diagnosi differenziale viene discussa singolarmente nei confronti delle forme acute e delle forme croniche e di essa vien tracciato un quadro schematico.

Nel campo della terapia il relatore affronta l'argomento partitamente nei confronti dei diversi mezzi chimici, biologici, fisici e chirurgici, dettagliatamente esponendo le relative indicazioni e controindicazioni che vengono poi riassunte in un quadro finale d'insieme.

Alla discussione dell'argomento all'o. d. g. hanno preso parte i proff. Forni, Cerutti, Alessandrini, Bucalossi, Gamberini, Stropeni, Frugoni.

Sono state svolte comunicazioni da Passati, Allodi, Ferrari, Buisson, ecc.

Nella seduta amministrativa il prof. Frugoni è stato confermato Presidente.

Il Segretario: A. BONADIES.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 25 marzo 1939-XVII.

Presiede il prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Il presidente presenta il prof. W. FALTA, che insegna malattie del ricambio a Vienna, e lo invita a dare la sua comunicazione sui **« Nuovi problemi del diabete »**.

Il prof. FALTA, dopo un vivo ringraziamento al Presidente e un caldo saluto all'Assemblea, parla sulla tolleranza all'insulina e sulla insulino-resistenza, sui rapporti ormonali e su altri moderni problemi che offre la moderna visione del diabete.

Al termine del suo dire, vivamente applaudito, si augura che la collaborazione scientifica italo-tedesca divenga più intima e stretta.

Il presidente ringrazia.

Ricerche sperimentali sui rapporti tra parte insulare del pancreas e timo.

Dott. R. SCAPATICCI. — L'O. ha eseguito le sue indagini intervenendo sul pancreas. A tale scopo ha eseguito due serie di ricerche:

1) Ha asportato completamente il pancreas in alcuni animali ed in altri ha eseguito delle pancrectomie parziali in modo da rendere l'animale iperglicemico senza condurli a morte. Nel caso della pancrectomia parziale si è avuta una iperplasia globale del timo macro e microscopica con una certa diminuzione dei corpuscoli di Massal, nel caso di asportazione totale il timo ha subito una atrofia completa.

2) In una seconda serie di casi prima ha asportato parzialmente il pancreas in modo da rendere gli animali iperglicemici, poi ha irradiato il timo con dosi citocide.

L'O. ha notato che in seguito ad irradiazione del timo si ottiene una caduta della glicemia con ritorno ai valori pressochè normali; pertanto però in seguito la glicemia tende a risalire.

L'O. discute le possibili interpretazioni dei fenomeni osservati.

Quale è il mezzo più efficiente e il modo più preciso di praticare la sintesi nella frattura del collo del femore.

Prof. C. MARINO-ZUCO. — Illustrando numerosi casi, l'O. dimostra che la tecnica più precisa per praticare la sintesi nelle fratture del collo del femore è l'osteosintesi transtrocanterica realizzata introducendo, mediante apparecchi di direzione, un filo di acciaio nel collo e nella testa del femore, e facendo scorrere in essi, dopo averne controllato l'esatta posizione nelle due proiezioni, un chiodo ad aletta perforato o una vite perforata di acciaio inossidabile.

Dimostra anche la superiorità, rispetto al chiodo ad aletta, della vite perforata a passo speciale per aver solida presa nella testa e controdado per coattare i frammenti.

Il Segretario: T. PONTANO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi e terapia delle così dette neurosi post-traumatiche seguenti a lesioni cranio-cerebrali.

Le neurosi post-traumatiche possono essere classificate in: neurosi senza lesioni organiche evidenti, neurosi senza lesioni organiche evidenti, ma con un trauma nella storia; neurosi con lesione organica dovuta ad un trauma cranio-cerebrale avvenuto molto tempo prima. Tali neurosi devono essere distinte dalle neurosi con lesioni organiche dovute a malattie intercorrenti. Secondo D. Mumo (*Surgery Gynecology a. Obstetrics*, n. 2, 1939) tale classificazione dovrebbe costituire la generica definizione di neurosi post-traumatiche e post-commozionali.

La diagnosi, secondo questa classificazione non può, evidentemente essere stabilita, se non dopo un accurato esame dell'ammalato ed un opportuno periodo di ospedalizzazione di questo.

Come causa della sintomatologia della malattia in questione oltre all'ematoma sottodurale, alla presenza di cicatrici, o di una atrofia corticale deve essere sempre tenuto presente la eventualità di lesioni psichiche.

In un gruppo di 47 pazienti i quali presentavano un ematoma cerebrale sottodurale e che soffrivano da un mese fino a 18 anni, dopo che era avvenuto il trauma, l'A. ha potuto condurre le seguenti osservazioni: i disturbi sono tanto più curabili quanto più breve è il periodo di intervallo tra trauma e drenaggio dell'ematoma: i pazienti più giovani guariscono più facilmente di quelli più anziani; solo il 33 % dei casi guariti (contro l'83 % di quelli non guariti) presenta lesioni evidenti del sistema nervoso centrale, oltre ai disturbi soggettivi; il 73 % dei pazienti curati per mezzo del drenaggio dell'ematoma sottodurale, presenta un notevole miglioramento dei sintomi soggettivi ed obbiettivi. TOSATTI.

Esiste anche un rachide parkinsoniano?

A. Raybaud, G. Poteur e G. Boitelle (*Marseille-Médical*, 25 maggio 1939) descrivono un caso di morbo di Parkinson in cui comparvero, durante l'ultimo anno di vita, dolori lombari d'intensità variabile, senza orario fisso ma tenaci e violenti, a carattere progressivo: l'esame del rachide metteva in evidenza solo un dolore in corrispondenza della colonna lombare. Una radiografia mostrava un reumatismo cronico interessante la IV e V lombare con diminuzione di altezza del disco, con grossi osteofiti e deformazione dei corpi vertebrali; inoltre esisteva un rilasciamento articolare, con sublussazione in avanti della III sulla IV lombare. All'autopsia si conferma questo reperto.

È nota da tempo la coesistenza di artropatie e Parkinson, ma la maggior parte degli Autori ha studiato soltanto le deformazioni degli arti e Dreyfus indica come caratteristiche delle artropatie parkinsoniane una irregolarità del contorno osseo, lussazioni articolari, una marcata decalcificazione, dolori causalgici e un aumento della temperatura locale. Il quadro clinico-radiologico presentato dal caso riferito dagli AA. presentava tutte queste caratteristiche, ma a carico del rachide. Può essere perciò logico parlare di un rachide parkinsoniano nella cui patogenesi hanno importanza disturbi trofici e disturbi vasomotori di origine simpatica.

F. TOSTI.

Emicrania e perturbazioni glicemiche.

J. Girard e L. Collyson (*La presse médic.*, 10 maggio 1939) richiamano l'attenzione, a proposito di un caso da essi osservato, sulle alterazioni del ricambio degli idrati di carbonio nell'emicrania. Alcuni trovarono la glicemia aumentata, altri la trovarono diminuita. Quindi alcuni ebbero miglioramento con dieta povera di zucchero, altri invece aumentandone la somministrazione.

Il caso degli AA. riguardava una signorina diciottenne, che soffre abitualmente di cefalea una volta al mese. Essi la videro perchè era comparsa paresi transitoria degli arti di destra con afasia che fu seguita da crisi di cefalea con vomito. Avendo trovato una glicemia di 1,46 prescrissero dieta senza idrati di carbonio. Esami successive diedero lieve acetonuria e glicemia ridotta a 1,06 senza modificazione degli attacchi di cefalea.

Vari mesi dopo, in piena crisi di emicrania, fu trovata una glicemia di 0,58. Con dieta ricca di idrati di carbonio la paziente non ebbe più crisi dolorose per tre anni. Poi, durante una gravidanza, l'emicrania ricomparve.

Sebbene in questo caso non sia dubbio il rapporto fra emicrania e ipoglicemia, rimane un punto oscuro: perchè c'erano crisi emicraniche anche nei periodi in cui la glicemia era stata superiore al normale.

L'ipoglicemia nei casi studiati da altri si aveva solo nelle prime ore della crisi di cefalea. Secondo il Cammidge non è l'ingestione di zucchero che in questi casi dà miglioramento solo in quanto si supplisce alla deficiente glicemia, ma in quanto l'ingestione di zucchero permette di ricostruire il glicogeno epatico (questi malati hanno un'insufficienza del fegato).

Invece Gray e Burtuess ritengono molto stretto il rapporto fra ipoglicemia e cefalea, non solo per il miglioramento che segue l'in-

gestione di idrati di carbonio, ma anche perchè la cefalea insorge spesso a digiuno e dopo fatica muscolare. Per essi, e gli AA. vi si associano, l'ipoglicemia è un epifenomeno biologico contemporaneo all'emicrania.

In alcuni casi si è potuto provocare sperimentalmento un accesso di emicrania provocando l'ipoglicemia.

È consigliabile conoscere la glicemia in tutti i casi di emicrania. L.

Nevrite del plesso brachiale di origine meccanica.

H. C. Naffziger e W. T. Graut (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, fasc. VI, 1938) dicono che Murphy fu il primo a richiamare l'attenzione sull'importanza del muscolo scaleno nella genesi di neuriti brachiali in individui affatto privi di costola cervicale o aventi di essa un rudimento di così piccola mole da non potersi ad esso imputare l'origine dei disturbi e da non richiedere l'asportazione chirurgica. Questo tipo di neurite, che gli AA. americani hanno battezzato col nome di sindrome dello scaleno, sembra che trovi la sua prima causa patogenetica in una anormalità della I costola ed in altri fattori anatomici e di sviluppo che portano come risultato finale ad una anormale posizione del cingolo scapolare rispetto alla gabbia toracica. In questi individui, il plesso brachiale per la sua alterata posizione ed i suoi viziati rapporti è più facilmente soggetto a stiramenti e ad angolature nel suo decorso sopra la prima costola e dietro al muscolo scaleno anteriore. I traumatismi, le eccessive fatiche manuali o una insufficienza della muscolatura, possono portare all'abbassamento della spalla e far aumentare di colpo la gravità dei sintomi, che sono eminentemente quelli di una neurite periferica del plesso brachiale. La miotomia dello scaleno, s'impone quando un miglioramento non si ottenga con correzioni fisiche di posizione. Gli AA. affermano che i risultati di questo semplice intervento sono molto lusinghieri. D'AGOSTINO.

Nevrite cubitale bilaterale nella pleurite sierofibrinosa.

Sebbene non frequenti, le polinevriti tubercolari appaiono indiscutibili. Contrariamente a molte altre polinevriti, esse non presentano un'individualità caratteristica e sono assai variabili nella forma e nell'evoluzione. D. e J. Olmer, con J. Vague (*Marseille méd.*, 25 marzo 1939) riportano il caso di un uomo che, 2 mesi dopo l'inizio di una pleurite siero-fibrinosa destra, ma con inizio di lesioni polmonari evolutive, già in via di assorbimento, si lamenta di parestesie alle ultime due dita di entrambe le mani. Dopo qualche giorno, si stabilisce un'importante amiotrofia dell'eminenza ipotenare ed anche, ma meno marcata, della tenare; quasi del tutto abolita la forza di prensione. Riflessi normali, nessun muscolo dolente alla pressione; diminuzione netta della sensibilità al caldo nel dominio distale e cubitale; tutti questi disturbi sono bilaterali. All'esame neurologico, nulla di anormale; assenza di contrazioni fibrillari.

Data la bilateralità, si poteva pensare ad una lesione midollare, ma l'assenza di contrazione fibrillare e le parestesie erano nettamente in favore della polinevrite a predominanza motrice. Gli AA. escludono l'origine alcoolica, sia per i segni presentati, sia perchè il paziente era solo moderatamente etilico. Ammettono, invece, l'eziologia tubercolare, tanto più che le lesioni parenchimatose e quella della polinevrite hanno avuto un decorso parallelo; di fatto, le manifestazioni nervose si sono avute al momento dell'aggravamento della bacillosi polmonare, la quale si è poi andata estendendo, mentre i disturbi parestesici e motori si sono conservati. La localizzazione cubitale e la bilateralità delle lesioni potevano far pensare ad una pleurite apicale che raggiungesse dai due lati la parte inferiore del plesso brachiale, ma l'esame clinico e radiologico facevano escludere una tale eventualità, mentre è più ammissibile un fatto tossico. Casi del genere sono stati riferiti anche da altri autori. *fil.*

Le false nevralgie sciatiche.

F. Conil (*Com. méd. Bouches-du-Rhône* e *Marseille méd.*, 25 marzo 1939) riporta l'osservazione di un uomo di 42 anni, che è preso da un lieve dolore lombare destro, in occasione di uno sforzo. Dopo 3 giorni, dolori vivissimi a tutta la natica, parte posteriore della coscia e polpaccio; il malato non può nemmeno dormire, nè alzarsi. Cure antinevralgiche inefficaci per 15 giorni. All'esame, punti dolorosi di Valleix, segno di Lasègue, contrattura antalgica omologa. Però, anche reperto di intensa cellulite al disopra ed al disotto della cresta iliaca, caratterizzata da un seminìo di piccoli noduli sottocutanei molto dolenti e che danno alla palpazione l'impressione di neve schiacciata.

Dopo poche sedute di massaggio, miglioramento notevole, tanto che il paziente può alzarsi ed accudire alle sue occupazioni; la cellulite scompare posteriormente per propagarsi e fissarsi in avanti ed al disotto della spina iliaca, sulla parte alta della fascia lata, che appare contratta. Il dolore, allora è limitato alla parte anteriore dell'anca. La diatermia completa la guarigione.

Alcuni tipi di false sciatiche sono attribuiti da autori americani all'azione meccanica della striscia fibrosa ileo-tibiale, porzione anteriore della fascia lata ed essi le trattano con la sezione di detta striscia. L'A. avanza l'ipotesi che si tratti invece anche in questi casi di cel-

luliti. Comunque, la distinzione dalla vera sciatica può farsi per il fatto che il dolore rimane legato a certi movimenti e che, in vicinanza di un'inserzione muscolare, esiste un punto algico. *fil.*

Paralisi radiale post-sieroterapica.

H. Schaeffer (*La Presse Médicale*, n. 22 aprile 1939) riferisce su un caso di paralisi interessante isolatamente il radiale Sin. la cui origine da siero non può esser messa in dubbio. Essendo le paralisi radiali post-sieroterapiche eccezionali, l'A. riporta brevemente i 5 casi riferiti fino ad oggi per compararli a quello da lui stesso osservato.

In 5 di questi casi la paralisi aveva luogo a sinistra.

In 3 casi essa interessava il radiale al disopra della doccia di torsione; in un caso interessava il tricipite; in un caso (Sicard), oltre al radiale, anche il bicipite ed il muscolo cutaneo presentavano alcune modificazioni delle reazioni elettriche.

In tutti i casi la paralisi è stata preceduta da accidenti da siero di intensità variabile.

In 4 casi su 5 la paralisi è stata preceduta da dolori più o meno intensi con sede nel membro dove doveva localizzarsi la paralisi; nel caso riferito dall'A. la paralisi fu preceduta da parestesie con intorpidimento delle due membra superiori.

In tutti i casi la paralisi si installò d'un tratto il più spesso durante la notte, ed il malato ne constatò l'esistenza la mattina al risveglio.

Queste paralisi non sono obbligatoriamente benigne; mentre in 3 casi esse volsero alla guarigione in un periodo variante da 6 a 18 mesi, nel caso presentato dall'A. essa, dall'inizio non si è modificata.

Il punto più oscuro delle paralisi post-sieropatiche resta la loro patogenesi; fra le ipotesi emesse dai vari AA. vi è quella della tossicità del siero, oggi non più ammessa; la teoria fisiochimica (Bourguignon). L'ipotesi meccanica, emessa da Sicard, ha portato alcuni AA. a domandarsi se in certi casi non potesse essere invocata un'origine centrale. Alcuni fatti anatomo-clinici e sperimentali consoliderebbero tale ipotesi.

Concludendo, l'A. emette l'opinione che gli squilibri vaso-sanguigni della choc — siano essi o no d'origine anafilattica — sono suscettibili di determinare delle lesioni del sistema nervoso centrale, di tipo variabile a seconda che esse sono recenti o antiche. La patogenesi delle paralisi da siero non è, secondo l'A., obbligatoriamente univoca. S. F.

Cura della meningite cerebro-spinale.

La mortalità per meningite cerebrospinale in bambini al di sotto di 2 anni e mezzo raggiunge il 75 % circa fino al 1937, quando la terapia colla sulfamide l'ha ridotta al 57 %. La mortalità è scesa ancora più notevolmente coll'M e B 693.

W. J. Roche e C. J. Mc Sweeney(*Brit. Med. Journ.*, 24 giugno 1939) hanno pubblicato uno studio comparativo dei vari metodi terapeutici usati dal 1935 ad oggi. I casi curati sono stati complessivamente 103.

Nel 1935-36 usarono il drenaggio spinale quotidiano seguito da iniezioni endorachidee e endomuscolari di siero finchè il liquor diventava limpido e sterile. Su 36 casi curati ebbero 9 guarigioni e 27 morti. Quindi mortalità del 75 % (e precisamente 94 % nei bambini al disotto di 1 anno e 33,33 % negli adulti di sopra di 25 anni).

Nel 1937 e 1938 alla cura precedente si aggiunse prontosil per bocca o soluseptosina intramuscolare. La mortalità complessiva fu del 57,14 % su 56 casi curati.

Dall'ottobre 1938 all'aprile 1939 usano questo metodo: M e B 693 per bocca, nessuna terapia endorachidea, sieroterapia endovenosa o endomuscolare e drenaggio rachideo finchè il liquor diventa limpido e sterile. Con questo metodo furono curati 11 malati, di cui 6 al di sotto di un anno. Si ebbe 1 morto solo (mortalità 0,09 %) fra i 6 al di sotto di un anno. In nessuno dei casi guariti si ebbe idrocefalo o altro esito.

Nel medesimo numero della stessa rivista W. H. Osborn ha riferito su tre casi curati con M e B 693 per bocca e con punture lombari giornaliere. La dose media di M e B 693 fu di 29 grammi. Tutti e tre i casi guarirono in 6-7 giorni. L.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'azione dell'acido urico sul miocardio.

R. Agnoli e G. De Marchi (*Cuore e circolazione*, aprile 1939) hanno proceduto a ricerche clinico-sperimentali, partendo dalla osservazione clinica che, nell'uomo iperuricemico e senza aperta compromissione del rene e del miocardio, si possono osservare limitati segni di alterazioni miocardiche, rivelati dall'elettrocardiogramma. Tali segni si fanno più evidenti nelle prove di carico con acido urico, senza però che compaiano alterazioni del ritmo e fenomeni subbiettivi di tipo coronarico.

Confrontando tali dati con quelli ottenuti sperimentalmente sugli animali, gli AA. concludono che l'acido urico può costituire un co-fattore di danno per il miocardio e mettono in rilievo i possibili danni che possono derivare dagli uricolitici, che hanno per effetto immediato di introdurre un'ondata uricemica. *fil.*

L'ipercalciuria nella malattia di Basedow e sue conseguenze cliniche.

R. Leriche et A. Jung (*Revue de Chirurgie*, fasc. 8, 1938) riportano alcuni casi di malattia di Basedow in cui il tasso di sali di calcio nell'urina era normale, altri in cui vi era un net-

to aumento e, infine, tre osservazioni interessanti per il fatto che in una prima oltre all'ipercaciuria esisteva una litiasi renale, nelle altre due la sintomatologia predominante era quella di piedi piatti dolorosi e dolori osteo-articolari od altri disturbi. In questi casi, radiogrammi addimostrarono processi di decalcificazione scheletrica. La somministrazione di preparati iodici fece scomparire ogni sintomatologia dolorosa nè si osservò ulteriore formazione di calcoli nel sistema urinario. Gli AA. osservano che nel morbo di Basedow si ha un'intensa mobilizzazione di sali di calcio a spese del sistema scheletrico sopratutto ad opera di un'iperattività degli osteoclasti. Tali sali non si eliminano esclusivamente con le feci, ma anche attraverso l'emuntorio renale.

Non è chiarito ancora il meccanismo patogenetico per il quale i sali di calcio vengono ad essere rimossi ed eliminati nella malattia di Basedow: gli AA. sarebbero del parere che tale fenomeno sia dovuto ad un'iperparatiroidismo in relazione ad un eccessivo regime circolatorio della tiroide. A. FILIPPINI.

EPIDEMIOLOGIA.

Nuove ricerche sull'eliminazione del virus poliomielitico per le feci.

Che il virus poliomielitico si possa eliminare per le feci è nozione ormai vecchia, perchè risale a 25 anni fa. Il metodo usato da numerosi ricercatori, specialmente americani, per mettere in evidenza il virus poliomielitico nelle feci, il metodo della filtrazione ha l'inconveniente di impoverire il contenuto in virus del materiale da inoculare fino a distruggere la sua attività patogena. Un miglioramento notevole della tecnica fu portato da Trusk, Viquec e Paul coll'epurazione delle materie fecali con antisettici volatili (etere, acetone) invece della filtrazione.

Nel settembre 1938 C. Kling, G. Oliva, G. M. Magnusson e S. Gard (*Bull. de l'Acad. de Medec.*, seduta del 13 giugno 1939) si servirono di questo metodo ottenendo un risultato positivo. Si trattava di feci prelevate ad un bambino che aveva una forma frusta di poliomielite acuta. Col metodo dell'epurazione si ottenne da queste feci materiale che inoculato in una scimmia provocò le classiche alterazioni poliomielitiche.

L'esame ripetuto 31 giorni dopo l'inizio della malattia diede risultato dubbio e quello fatto 120 giorni dopo fu completamente negativo. In questo caso si è trattato quindi di una eliminazione transitoria di virus poliomielitico.

Le feci prelevate la prima volta e che avevano dato risultato positivo furono conservate. Degli esami praticati dopo 12, 53, 152 e 190 giorni di conservazione, solo quello fatto dopo 12 giorni ha dato risultato positivo. È necessario studiare accuratamente la questione delle feci tanto più che già Levaditi, Kling e Lèpine nel 1931 avevano osservato che il semplice contatto colle feci della scimmia può diminuire o sopprimere la virulenza di emulsione di midollo di scimmia infetta. L.

IGIENE

La cattiva qualità del pane.

M. P. Lassablière (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 20 giugno 1939) rileva la cattiva qualità del pane consumato attualmente in Francia e cerca stabilire le cause ed i rimedi.

Le cause sono dovute soprattutto alla situazione economica del grano in Francia, alla organizzazione attuale del mercato del grano, alla diminuzione della consumazione del grano dovuta alla qualità del pane e alle difficoltà create dal progresso troppo rapido del macchinismo nella panificazione

Come rimedi l'A. indica la selezione dei grani, cui del resto si sono applicati con grande passione i genetisti, la ricerca di un metodo di lievitazione rapido ma perfetto, la necessità di conservare gli elementi dell'embrione nella farina e soprattutto il controllo delle farine con i metodi attuali di farinografia.

F. TOSTI.

VARIA

Campagna contro la vaccinazione antidifterica in Francia.

In Francia la vaccinazione antidifterica mediante anatossina Ramon è stata resa obbligatoria. Contro tale legge si è accesa una viva campagna condotta con particolare violenza da due medici omeopatici e da Léon Daudet de *L'Action Française*. Si sostiene che l'anatossina difterica non è innocua specie per gli adulti: si sarebbero verificati varî inconvenienti, e anche accidenti gravi, in occasione della vaccinazione dei soldati. La campagna è vivacemente controbattuta, ma si ammette generalmente che le iniezioni di anatossina Ramon hanno qualche controindicazione e che bisogna agire con prudenza quando si tratti di collettività.

Il guanciale parlante.

Da oltre un decennio numerosi ospedali e ricoveri collocano nelle corsie impianti speciali radiofonici, affinchè le trasmissioni possano giungere agli ammalati individualmente per mezzo di cuffie. Ma questo metodo presenta degli inconvenienti; anzitutto la cuffia a lungo andare dà fastidio; impedisce spesso agli ammalati la libertà dei movimenti; talvolta poi per cause contingenti non è possibile applicarla. Pertanto è stato creato un nuovo apparecchio cui è stato dato il nome di « cuscino parlante ». Esso consiste in un origliere che racchiude un altoparlante a piccola potenza di uscita.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MARGINALIA

Où va l'Italie?

Da « L'Avvenire Sanitario » del 20 giugno riportiamo il seguente articolo, lucido ed efficace, che risponde appieno alle nostre concezioni.

Il dott. L. M. Pierra, Segretario generale della *Fédération de la Presse médicale latine*, è un assertore tenace e convinto della civiltà latina e, sebbene francese, un grande e leale amico dell'Italia. Per entrambi questi motivi, noi crediamo alla sua sincera soddisfazione per la solare vittoria del gen. Franco ed alla sua non meno sincera amarezza per la profondità del solco che divide il nostro dal suo Paese.

Si compiace, il dott. L. M. Pierra, del successo falangista spagnolo non soltanto perchè esso segna il trionfo della immortale e luminosa civiltà latina sulla tenebrosa barbarie moscovita, ma anche perchè la disfatta del *Fronte popular* è stata seguita in Francia, dalla caduta del famigerato *Front populaire*.

Se avesse pensato però che quattromila dei nostri figli, eroicamente caduti con l'arma in pugno per la civiltà di Roma, giacciono in terra di Spagna a testimoniare la fede negli ideali fascisti, e che questo solenne e purpureo sacrificio rappresenta una fiera e minacciosa smentita ai chiacchieroni e ai vili di ogni altro Paese, forse il dottor Pierra avrebbe dato a se stesso la risposta dei quesiti che egli si pone nel fascicolo di gennaio-marzo di *Acta medica latina*.

Ritiene proprio, l'ottimo e onesto collega, che l'odierno nostro atteggiamento rappresenti un atto di nera ingratitudine verso la Francia « che ci ha molto amato e che si è molto sforzata di provarci la sua simpatia e la sua solidarietà nei cattivi giorni »?

Caro dottor Pierra, quali giorni più cattivi di quelli che anche la Francia ha vissuto e durante i quali l'Italia ha offerto una solidarietà di amore e di sangue di cui avvampano ancora la foresta delle Argonne e i campi di Bligny?

E' appunto perchè noi ricordiamo la « simpatia e la solidarietà » della Francia in vari momenti della nostra Storia, che noi abbiamo finalmente ripudiato quella fratellanza che non le ha mai impedito di nuocerci ogni qual volta lo ha potuto: a Villafranca, a Roma, a Tunisi, a Tripoli, a Versailles, in Etiopia ed in Spagna...

Où va l'Italie? chiede angosciato il dott. L. M. Pierra. Con buona pace di Charles Maurras, l'Italia, sotto la guida del Suo Re Vittorioso e del Suo grande Duce, va verso il suo imperiale destino. È una Nazione giovane sana prolifica che da poco più di sessanta anni ha ritrovato l'antica unità di spirito e di forze. Da poco più di sessanta anni ha ripreso la marcia verso l'avvenire: dal cammino fino ad ora percorso, dalle tappe fino ad ora raggiunte, si può forse immaginare dove vada l'Italia....

CONCORSI.

Posti vacanti.

AREZZO. *Amministraz. Provinc.* — Medico di Sezione e Medico ordinario nell'Ospedale Prov. Neuropsichiatrico; titoli scientifici e pratici; scad. 20 sett., ore 12; stipendi L. 14.280 e L. 12.780; 5 quadrienni dec.; età lim. 35 anni. Chiedere annunzi.

BERGAMO. *R. Prefettura.* — Assistenti medico e chimico presso le Sezioni di Labor. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 30 sett., ore 18. Ferme restando le altre condizioni stabilite nei bandi di concorso, per l'ammissione ai concorsi possono partecipare anche le donne.

ENNA. *Casa di Ricezione degli Esposti.* — Direttore; L. 1200 annue, lorde, oltre L. 150 serv. att. e c.-v.; titoli; età limite 25-35 a. Scad. ore 18 del 15 agosto.

MANTOVA. *Istituto Pro Lattanti e Slattati « Dott. Enrico Soncini ».* — Direttore sanitario; titoli scientifici e pratici; L. 7000 annue e 4 quinquenni decimo; età limite 45 a. al 28 giugno; rivolgersi alla Segreteria. Scad. ore 17 del 31 agosto.

PAVIA. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale in Voghera; L. 15.000 e 5 aumenti decimo, supplem. serv. att. L. 4000, c.-v.; alloggio. Scad. ore 17 del 15 sett. Medico assoluto id.; L. 9500 e 5 aumenti dec., serv. att. L. 2100, c.-v.; camera, vitto nei giorni di guardia. Scad. ore 17 del 25 sett. Per i due posti i titoli scientifici e pratici; età limite 35 a. al 10 marzo. Chiedere copia dei bandi.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore di Sezione dispensariale; titoli ed esami; stip. L. 10.000, 4 quadrienni dec., indenn. serv. att. L. 1334,40; è consentito il libero esercizio. Scad. ore 18 del 30 sett. Chiedere copia del bando di concorso alla segreteria, presso l'Amministraz. provinc.

TORINO. *R. Prefettura.* — Tre posti di direttore di Dispensario antivenereo nel comune di Torino; stip. annuo L. 2850 oltre c.-v. e L. 1500 per il servizio di assistente. Scad. 30 sett. Per schiarimenti rivolgersi alla Prefettura ed al Comune.

TRIESTE. *Associazione Mutua fra impiegati.* — Medico specialista pediatra-chirurgo. Scad. 16 settembre. Rivolgersi alla segreteria dell'Associazione, via P. L. da Palestrina 3.

Concorsi a premi.

Premio Bonacossa.

La R. Accademia di Medicina di Torino apre il concorso al « Premio Bonacossa » per il quinquennio 1939-1943 sul tema: « Il lavoro come elemento terapeutico nella Psichiatria ».

I lavori devono essere presentati in lingua italiana, latina o francese, manoscritti o stampati, purchè in questo caso abbiano una data posteriore al 1° gennaio 1939.

Il tempo utile per la presentazione delle domande di ammissione e dei relativi lavori alla R. Accademia (via Po, 18, Torino) scade col 31 dicembre 1943.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

A partire dal 29 ottobre 1939-XVIII il prof. Giambattista Bietti è nominato straordinario di Clinica oculistica nella R. Università di Sassari. Il prof. Antonio Ciminata è nominato ordinario di Tecnica delle operazioni chirurgiche nella R. Università di Milano.

Dal prossimo 29 ottobre sono trasferiti il prof. Giovanni Bruno dalla cattedra di Anatomia Umana Normale di Sassari a quella di Padova; il prof. Volta detto Alessandro Dalla Volta, dalla cattedra di Patologia e metodologia clinica della R. Università di Modena alla cattedra di Clinica medica generale e terapia medica della medesima Università; il prof. Biagio Alaymo, dalla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Modena a quella di Firenze; il prof. Alfredo Santonastaso, dalla cattedra di Clinica oculistica della R. Università di Sassari a quella di Padova; il prof. Fedele Fedeli, dalla cattedra di Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica nella R. Università di Firenze, alla cattedra di Clinica chirurgica della R. Università di Perugia; il prof. Ludovico Tommasi, dalla cattedra di Clinica dermosifilopatica di Palermo alla cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Napoli; il prof. Roberto Casazza, dalla cattedra di Clinica dermosifilopatica della R. Università di Siena alla cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Parma.

NOSTRE CORRISPONDENZE

Da Bonn e Wiesbaden.

Il prof. Edmondo Muzj socio onorario della Società tedesca di ortopedia mascellare.

Dal 3 al 9 luglio sono stati tenuti, prima in Bonn dalla Società Ortodontica europea ed in collegamento poi a Wiesbaden dalla Società tedesca di Ortopedia mascellare in collaborazione con la Società tedesca per le malattie della bocca, i congressi di Ortopedia dento-maxillo-facciale.

In grazia a questa fusione e perciò ad una maggiore disponibilità di tempo, i lavori hanno avuto uno sviluppo inusitato.

L'organizzazione curata dai rispettivi presidenti, prof. Korkhaus di Bonn e prof. Euler di Breslavia, ha favorito grandemente l'interesse dei partecipanti, sia rendendo possibile ad ognuno seguire le esposizioni per mezzo di rapidi sistemi di traduzione nelle diverse lingue ufficiali, tra cui l'italiano, sia dando ai lavori un aspetto eminentemente pratico per mezzo di una vasta serie di dimostrazioni.

Le relazioni ufficiali tenute da quattro rappresentanti delle grandi nazioni, in ordine cronologico: Italia (Muzj), Francia (Quintero), Inghilterra (Henry), Germania (Schwarz) riguardarono la cosidetta « Distocclusione » ossia una delle dismorfosi mascellari più importanti, perchè associata a quadri clinici quali l'adenoidismo, il rachitismo, le malattie costituzionali, ecc.

Il prof. Muzj di Roma svolse la relazione riguardante la genesi della detta dismorfosi e portò l'argomento in un nuovo terreno, sostenendo la seguente tesi:

In ogni individuo esistono coefficienti attivi di variabilità morfologica (quelli stessi che costituiscono i caratteri personali degli individui), i quali sono capaci di provocare deviazioni dentali in più maniere e precisamente per via fisiologica e per via patologica.

Per via fisiologica il coefficiente di variabilità agisce quando in certi individui, imponendo ai mascellari una forma considerevolmente diversa, così come può avvenire per altre ossa, li rende inadatti ad ospitare regolari arcate dentali che, essendo composte di un determinato numero di denti, di una determinata grandezza e disposti in una curva geometricamente ovoidale, esigono una base ossea morfologicamente regolare e, non trovandola, sono costretti ad uscire dalla curva geometrica, costituendo deviazioni più o meno estese.

Per via patologica il coefficiente di variabilità agisce come segue: quando una malattia, ad esempio la sifilide, porta una perturbazione nello sviluppo, si hanno manifestazioni somatiche dei mascellari differenti non a causa di una qualità della malattia ad agire differentemente nei diversi casi, ma per una qualità del terreno a reagire differentemente. E giacchè siamo nel campo della morfologia, niente meglio della tendenza naturale verso una determinata forma dell'organo potrebbe giustificare la presenza di un fattore disposto a ricevere lo stimolo proveniente da una malattia.

Ciò avviene in due modi: direttamente ed indirettamente.

Nel primo caso la malattia esalta il coefficiente attivo di variabilità aumentandone le manifestazioni fisiche, che da variazioni diventano deviazioni .

Nel secondo caso la malattia determina una alterazione del metabolismo minerale delle ossa e queste cedono all'azione di agenti esogeni, ma non indifferentemente, sibbene a seconda che la direzione di crescenza, dominata dal detto coefficiente di variazione, è parallela od opposta a quella dell'agente esterno deformante, quale è rappresentato, ad esempio, dalla trazione muscolare.

In occasione di questi congressi il prof. Muzj è stato nominato socio onorario della Società tedesca di Ortopedia mascellare. A.

Da Torino.

Corso per medici di fabbrica.

Nell'Aula della R. Clinica Medica Generale di Torino è stato inaugurato, il giorno 5 luglio, il corso rapido di cultura per medici di fabbrica organizzato dall'E.N.P.I.

Il prof. Gamna, direttore della Clinica, ha tenuto la prima lezione sottolineando l'importanza del corso e la necessità della collaborazione dei medici di fabbrica con la Clinica medica.

Le lezioni riguardanti vari argomenti di medicina del lavoro, sono continuate nei giorni 6, 7 ed 8 e sono state frequentate da oltre 50 medici.

Convegno regionale di tisiologia.

Nei giorni 2-3 luglio si è svolto a Torino il Congresso annuale della Sezione Piemontese della Federazione Nazionale Fascista contro la tubercolosi. Il Congresso è stato inaugurato alla presenza delle massime Autorità cittadine dal prof. Gamna, presidente della Sezione e direttore della Clinica medica, il quale ha poi data la parola ai

relatori prof. Cova e prof. Lorenzetti per lo svolgimento dei temi « La tubercolosi in gravidanza » e « Il ricovero della tubercolotica gravida ».

Seguirono nel pomeriggio e nel giorno successivo importanti comunicazioni inerenti ai temi di relazione e ad altri argomenti di tisiologia.

I numerosi congressisti hanno poi visitato gli Ospedali Sanatoriali di Torino e della Provincia ammirandone la perfetta organizzazione e la moderna attrezzatura. S.

NOTIZIE DIVERSE

Centro sanatoriale "IX Maggio".

Con l'intervento del Duce e con festosa solennità è stato inaugurato, il 25 luglio, il grande Centro sanatoriale costruito dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale a Vecchiazzano, in provincia di Forlì.

Esso sorge alla confluenza dei fiumi Rabbi e Montone, su un'area di trentasei ettari; è uno dei più importanti e perfetti del Regno. Ha lo scopo di provvedere a tre diversi fondamentali aspetti della lotta antitubercolare: ricoverare gli ammalati adulti e suscettibili di essere restituiti alle gioie della famiglia; assicurare una razionale e tempestiva assistenza ai bambini che presentano segni di infezione tubercolare; offrire agli ammalati adulti ormai clinicamente guariti la possibilità di collaudare le proprie capacità lavorative e riacquistare la necessaria fiducia nelle proprie forze. Il centro è pertanto costituito da un ospedale padiglione « XXIII Marzo », un preventorio per fanciulli « XXI Aprile » ed il padiglione « XXVIII Ottobre » destinato a colonie lavorative post-sanatoriali. Si tratta, per quest'ultimo padiglione, del primo esperimento tentato in Italia. Completano il centro sanatoriale un edificio per la centrale termica, un acquedotto, e tutti gli altri servizi che permettono in qualsiasi momento e in qualsiasi contingenza il perfetto funzionamento di tutto il complesso.

Convegno della previdenza sociale.

Ha avuto luogo il 25 luglio, presso la Casa del Fascio di Forlì, un Convegno dei dirigenti centrali e periferici dell'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale, indetto dal Presidente dell'Istituto, consigliere nazionale Bruno Biagi, in occasione dell'inaugurazione del Centro sanatoriale di Forlì.

Nel pomeriggio i lavori si sono svolti presso il Centro sanatoriale, per la trattazione dei problemi sanitari.

Sono stati in particolare esaminati e discussi il problema della diagnosi precoce, il problema cioè della ricerca dell'ammalato attraverso un maggiore collegamento e coordinamento dell'attività fra l'Istituto della previdenza, i Consorzi antitubercolari, le Mutue di malattia e gli Uffici di collocamento, e altri problemi particolari della organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Istituto al fine di avvisare i modi ed i mezzi di ulteriore perfezionamento per la migliore esplicazione dell'azione sanitaria, che è tanta parte dell'opera che l'Istituto svolge per la tutela dei lavoratori.

Il Presidente dell'Istituto ha riassunto la discussione precisando la portata sociale, sanitaria e politica dei vari problemi, alla discussione dei quali hanno partecipato il consigliere nazionale Bocchetti, il prof. Luridiana e il prof. Parodi, direttore di sanatori, e l'ispettore per la Lombardia De Marchi.

Il presidente ha quindi prospettato una iniziativa che l'Istituto intende assumere e cioè:

riconosciuta l'importanza fondamentale della diagnosi precoce della tubercolosi dell'infanzia, dato che la malattia, se è individuata nello stadio iniziale e opportunamente curata, eccezionalmente dà luogo poi, nell'età giovanile, alla grave manifestazione della tisi;

considerato che per la diagnosi precoce della tubercolosi dell'infanzia occorre la ricerca del malato a mezzo di indagini cliniche e radiologiche della collettività;

tenuta presente l'esperienza dei suoi sanatori e in particolare dei padiglioni per bambini di Forlì e di Sondrio;

l'Istituto si propone di esplicare — in un primo tempo nella città di Forlì e successivamente anche in altri centri urbani e rurali — la visita clinica e radiologica di tutti i bimbi di assicurati che frequentino le scuole pubbliche, sia allo scopo di assistere i bambini che siano riscontrati ammalati, sia anche e principalmente allo scopo di estendere — in questo settore particolarmente importante dell'attività dell'Istituto ai fini della difesa sanitaria del popolo — le basi delle proprie ricerche ed attingere nuovi elementi di esperienza per i programmi futuri.

Il Ministro delle Corporazioni ha ribadito la necessità di perfezionale ogni giorno più nella struttura gli organi e nei metodi l'attività dell'Istituto: perfezionamento che anche qui dovrà giovarsi il più ampiamente possibile della collaborazione degli organi sindacali, delle mutue e delle altre istituzioni la cui attività possa comunque essere coordinata a quella dell'Istituto della previdenza sociale, ai fini specialmente della lotta contro la tubercolosi e della prevenzione e cura dell'invalidità.

Fecondo di insegnamenti promettenti di sviluppo, il Convegno dei dirigenti della Previdenza Sociale si è chiuso con un vibrante saluto al Duce Fondatore dell'Impero.

Società di Medicina del Lavoro.

A Milano si è riunito sotto la presidenza del prof. Niccolò Castellino, il Consiglio Direttivo della Società Fascista di Medicina del Lavoro. Il Consiglio, dati gli sviluppi della Società, ha deliberato di costituire a fianco delle Cliniche di Napoli, Milano e Torino dei Comitati regionali ai fini di diffondere maggiormente la conoscenza della patologia del lavoro e della prevenzione delle malattie a salvaguardia della salute dell'operaio e per la difesa della razza in collegamento con l'opera svolta dalle organizzazioni sindacali.

Sono stati anche stabiliti i temi di relazione che saranno svolti nel prossimo Congresso nazionale, che si terrà a Padova nel settembre del 1940-XVIII.

Riunione internazionale di traumatologia e malattie professionali.

Fra le giornate internazionali mediche indette a Liegi negli ultimi giorni dello scorso giugno, ve ne furono alcune, dal 25 al 27, dedicate alla traumatologia e alle malattie professionali, indette dalla Società belga di traumatologia e delle malattie professionali, presiedute dal prof. Albert, segretario generale il dott. Julin.

Alla riunione parteciparono, cortesemente invitato, cultori della specialità di varii paesi; l'Italia era rappresentata dal prof. Tovo, delegato dello Infail, e dai professori Diez e Prosperi, delegati dal Servizio Sanitario del Ministero delle Comunicazioni.

Furono discussi i seguenti temi:

« La prevenzione del tetano », relatore il prof. Bazy di Parigi;

« 25 anni di ricerche sulla batteriologia e la sieroterapia della gangrena gazosa », relatore il prof. Weinberg dell'Istituto Pasteur;

« Le sindromi post-commozionali, relatori i professori Van Gehuchten di Lovanio e Oljenick di Amsterdam;

« Le dermatosi professionali », relatore il prof. Barthelemy di Parigi.

La riunione fu riuscitissima, sia per il valore dei relatori che per l'elevatezza della discussione. A questa parteciparono i proff. Diez e Prosperi, portando il contributo della loro esperienza in infortunistica e malattie professionali.

Conforme alla tradizionale cortesia belga fu l'accoglienza fatta ai congressisti stranieri.

Congressi e convegni vari.

La 5ª assemblea generale dell'Unione terapeutica si terrà a Parigi il 18 ottobre, nella sala del consiglio della Facoltà medica, durante la mattinata. Farà seguito, nel pomeriggio, la seduta solenne della Società di terapia, nell'anfiteatro Vulpian della Facoltà di Medicina. Due temi, di farmacologia e di terapia, saranno in discussione: « il fosforo », « i medicamenti dei globuli bianchi ». Fra i relatori sarà il prof. Bietti di Ferrara. I congressisti si riuniranno a un banchetto nell'Hôtel Monceau (avenue Roche 27).

Il 26° Congresso dell' « Associazione dei medici di lingua francese » avrà luogo nell'ottobre 1940 a Parigi, sotto la presidenza del prof. Lemierre; segretario generale è il prof. aggregato Brulo. Temi di relazione: « Le infezioni inapparenti », « L'embolia polmonare », « Chemoterapia con i composti sulfamidici ».

La Lega francese contro il reumatismo terrà la « Giornata del reumatismo » il 7 ottobre, nella Scuola veterinaria di Alfort; verrà preso in esame il reumatismo degli animali. Quota: per i membri della lega fr. 50; per i non membri (francesi o stranieri) fr. 90. Sede: rue du Cherche-Midi 23, Paris.

Il 6° Congresso dei medici amici dei vini di Francia si terrà a Reims dal 3 al 6 settembre. Presidente del Comitato ordinatore: dr. Guénard; commissario del Congresso: dr. Fagouet, cours Georges-Clemenceau 57, Bordeaux.

Il 7° Congresso dell'Associazione per la documentazione fotografica e cinematografica nelle scienze si terrà a Parigi il 12 e il 13 ottobre, nel Palazzo della Scoperta (Grand Palais, avenue de Selves) e al Museo pedagogico statale (rue d'Ulm 29). Rivolgersi al dott. Claoué, rue Scheffer 39, Paris 16ᵉ.

Corsi di perfezionamento.

La « Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung », organizza per l'autunno 1939 i seguenti corsi di perfezionamento per medici:

1) Ortopedia (11-16 sett.); onorario: 50 RM.;

2) Tisiologia (21-27 sett.); onorari: 50 RM. e 25 RM.;

3) Cardiopatie e malattie vascolari (2-7 ott.); onorario: 50 RM.;

4) L'influenza del tempo, delle stagioni e di altri fattori sull'uomo sano e malato (9-14 ott.); onorario: 50 RM.;

5) Malattie cutanee e veneree con riguardo alla cosmetica (9-14 ott.); onorario: 75 RM.;

6) Radiologia nella medicina interna (16-21 ottobre); onorario: 60 RM.;

7) Chirurgia di malattie endotoraciche con particolare riguardo alla tubercolosi polmonare (16-19 ott.); onorario: 60 RM.;

8) Ostetricia e ginecologia (23-28 ottobre); onorario: 50 RM.;

9) Otorinolaringojatria (25 sett.-7 ott.); onorari: 150 e 100 RM.;

10) Propedeutica e corso di perfezionamento di omeopatia (9-28 ott.); onorario: 60 RM.;

11) Corsi speciali concernenti tutti i rami della medicina con dimostrazioni pratiche tanto al letto del malato quanto in laboratorio, vengono tenuti ogni mese. In questi corsi viene data preponderanza al lato pratico, e benchè il perfezionamento teoretico passi in seconda linea, tuttavia non è trascurato.

I corsi compresi tra i nn. 1 e 10 verranno tenuti in lingua tedesca, ed i corsi speciali anche in lingue straniere.

Per programmi ed ulteriori schiarimenti, rivolgersi agli uffici dell'Accademia Berlinese pel perfezionamento dei medici, Berlin NW 7, Robert Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Ai medici stranieri ed ai medici tedeschi residenti all'Estero le Ferrovie germaniche concedono il 60 % di ribasso sui prezzi normali. Valendosi dei cosiddetti « Marchi Registrati », il medico straniero troverà, per la durata del suo soggiorno, un notevole tornaconto; sarà quindi opportuno che, prima di iniziare il viaggio, egli si metta in relazione con una Banca del proprio Paese.

Un po' dovunque.

Il Duce ha visitato, il 25 luglio, i bambini albanesi ospiti della Colonia della Riviera romagnola.

Nell'Inghilterra viene svolgendosi un'attiva campagna per il reclutamento dei donatori di sangue (« donatori di vita », come sono detti colà, con frase espressiva). Si hanno in programma 70 centri e 100.000 volontari. Fin'ora questi hanno raggiunto il numero di 20.000.

Durante il 1938 si sono registrate in Francia 612 mila nascite, contro 1.031 mila in Italia e 1.675 mila in Germania.

Il Vicerè dell'A. O. I. ha visitato in Addis Abeba l'Ospedale militare « Regina Elena ».

Si è organizzata negli Stati Uniti un'Accademia di dermatologia. Presidente ne è il dott. Howard Fox di New York; vice-presidente il dott. Paul A. O'Leary di Rochester.

Il Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti informa che dall'1 luglio al 31 dicembre 1938 furono ammessi 776 medici stranieri, e cioè: 520

dalla Germania, 31 dalla Cecoslovacchia, 30 dall'Italia, 22 dalla Svizzera, 17 dall'Ungheria, 16 dalla Francia, 7 dalla Gran Bretagna, 51 da altri Paesi d'Europa, 45 dal Canadà, 4 da Cuba, 30 dall'Asia, 13 da altri Paesi; che dall'1 gennaio al 31 marzo 1939 ne furono ammessi 324. (Journ. A. M. A., 8 luglio 1939).

Nell'Ospedale civile « Umberto I » di Ancona, il prof. comm. Umberto Baccarani, che lascia spontaneamente il servizio dell'Istituto, ha preso commiato dal Consiglio di amministrazione e dal personale dipendente. Alla cerimonia intervennero le autorità locali. Il Baccarani, dopo aver ringraziato per la manifestazione, assicurò del grato ricordo che egli porta con sè del tempo trascorso nell'attiva vita dell'Istituto.

Il 29 giugno il prof. José Arce, clinico chirurgo di Buenos Aires, ha tenuto la sua ultima lezione innanzi ad un pubblico imponente, tra cui il cardinale S. L. Copello, il vescovo M. De Andrea, gli ambasciatori del Brasile e dell'Uruguay J. P. Rodríguez Alves e E. Martínez Thedy, il presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina A. P. Ramos, il rettore dell'Università V. Gallo, ecc. il prof. Arce espose in sintesi la sua attività e glorificò il lavoro « perchè senza di esso non mette conto di vivere ».

La vaccinazione jenneriana venne resa obbligatoria per la Polonia nel 1919; nel 1921 si ebbero ancora 5078 casi di vaiolo, con 823 morti; nel 1937 fu denunziato un solo caso della malattia.

A Boston funziona un'orchestra di medici, i cui componenti raggiungono circa una cinquantina; essa si produrrà per opere di beneficienza.

Nella stazione Vittoria di Londra per 9 anni un cane ha fatto la questua a favore degli ospedali: ha così raccolto 2000 sterline, ossia circa 200.000 lire it. Invecchiatosi (conta 12 anni) verrà ora giubilato in campagna. Appartiene alla razza spagnola del Labrador e risponde al nome di « Slipper » (pantofola).

Un grande giornale romano recava il seguente titolo di una notizia: « Muore in seguito a una caduta che gli frattura le vertebre del cervello ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Presse Méd., 15 apr. — Contributi medici polacchi.

Med. Klinik, 14 apr. — Referendum sulla narcosi operatoria e lo shock operatorio. — BICKENBACH. Nuovi trattamenti dell'aborto abituale e del parto precoce.

Chir. d. Org. d. Mov., apr. — L. TRIVELLI. Paracoxalgia ischiatica. — P. E. GODOY MOREIRA. Anca e scatto. — R. MARZIANI. Cosidetti osteomi osteoidi.

Journ. A. M. A., 1 apr. — K. M. BOWMAN e al. Trattam. del delirium tremens. — J. B. GRAESER. Trattam. inalatorio dell'asma bronch. — H. W. HAGGARD. Infezioni fungine delle mani e dei piedi. — P. E. MCMASTER e C. GILFILLAN. Osteomielite coccidioide.

Acta Med. Scand. — V. G. HOREJSI e A. MECL. Metabolismo degli aminoacidi e funzione epatica. — G. A. KREUZWINDEDICH VON DEM BORNE. Deficit reale e cosidetto deficit di vitamina C. — H. KJEMS e T. BJERING. Determinaz. dell'ormone diabetogeno nell'urina.

Wien. Klin. Woch., 21 apr. — F. KAZDA. Profilassi della tromboembolia post-operatoria.

Journ. Méd. Franç., mar. — Trattam. del diabete e delle sue complicaz. con l'insulina.

Clin. Chir., mar. — E. RUGGIERI. Complicazioni pleuriche dell'ascesso polm. — C. ROSSI. Sindromi addom. acute.

Med. Welt., 22 apr. — L. SEITZ. Endometriosi — K. KOEPPE. Ipertensione.

Paris Méd., 22 apr. — P. RAMBERT. Anti-ormoni.

Lancet, 22 apr. — Lord HORDER. Avvicinarsi alla medicina. — R. B. USHER SOMERS e al. Chemoterapia della meningite c.-sp.

Rinasc. Med., 15 apr. — T. SANTILLI. L'indice di ittero nei versamenti articol.

Marseille-Méd., 15 febb. — M. SALMON e P. GRANJON. L'arteria sotto-clavicolare. — A.-X. JOUVE. Bradicardie.

Med. Klinik, 21 apr. — G. VOSS. Sclerosi multipla. — M. FEY. Epidemia di poliomielite negli adulti.

Settim. Med., 23 mar. — N. CARINEI. Intradermoreaz. nell'adulto con anatubercolina Petragnani.

Indice alfabetico per materie.

Acido urico: azioni . . . . Pag. 1446
Bibliografia . . . . » 1437
Diabete: nuovi problemi . . . . . . » 1443
Emicrania e perturbazioni glicemiche » 1444
Gastro-enterologia: congresso . . . » 1441
Femore: frattura del collo: sintesi . . » 1443
Malattia di Basedow: ipercalciuria . » 1446
Malattie tropicali: terapia 1435, 1436
Meningite cerebro-sp.: cura . . . . » 1446
Mielosi eritroleucemiche: in tema di — » 1415
Nevralgie sciatiche false . . . . . . » 1445
Nevriti: casistica . . . . » 1445
Nevrosi consecutive e lesioni cranio-cerebrali . . . . » 1444
Ormone maschile e sue applicazioni 1428, 1431
Ormonoterapia follicolinica . . . . . » 1431
Osteomielite acuta primitiva del pube » 1425
Pancreas e timo: rapporti . . . . . » 1443
Paralisi radiale post-sieroterapica . . » 1446
Pane: cattiva qualità . . . . » 1447
Poliomielite: eliminazione del virus con le feci . . . . » 1447
Rachide parkinsoniano: se esista . . . » 1444
Stampa medica latina e l'Italia . . . » 1448
Sulfanilamide: azione, applicazioni, inconvenienti 1432, 1433, 1434
Uroterapia: paternità . . . . » 1447
Vino in terapia . . . . » 1436

A. POZZI, resp.
C. FRUGONI, Red. capo.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 14 Agosto 1939 - XVII Num. 33

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Studi riassuntivi: P. Timpano: L'anchilostomiasi (Rilievi clinici e di laboratorio).
Osservazioni cliniche: S. Bile: Trombo-arterite obliterante del tratto Hunteriano della femorale, per trauma da roncola. Gravi alterazioni anatomiche e funzionali del piede corrispondente in giovane soggetto di 18 anni.
Medicina coloniale: P. Orlandini: Seguendo la missione Ittiologica sui grandi Laghi Africani compresi nel Governo dei Galla e Sidama dell'A. O. I.
Sunti e rassegne: RICAMBIO: D. M. Dunlop: Il significato della glicosuria. — R. Wolf: Il problema del diabete renale. — G. Baldacci e F. Raggi: Influenza del cloruro di sodio sulla glicemia. — REUMATISMI: E. Hässler: Le affezioni reumatiche dell'infanzia. — J. M. Vaizey e A. E. Clark-Kennedy: Sepsi dentaria in rapporto con anemia, dispepsia e reumatismo. — R. Rikl: Utilizzazione clinica della anacoresi nelle sindromi reumatiche tossico-focali.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Roma. — Società Medico-Chirurgica di Pavia. — Società Medico-Chirurgica di Catania. — Società Medica del Friuli. Sezione Culturale del Sindacato Fascista dei Medici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Forme poco comuni di anemie ipercromiche. — Ulteriori osservazioni sulle sindromi anemiche susseguenti ad operazioni sullo stomaco. — Il trattamento delle anemie con il ferro. — Ferro ed epatiti: alcune osservazioni cliniche. — La reattività della cute agli estratti di fegato. — Sui diversi tipi di eritremia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Rapporto fra erpete e virus B: considerazioni immunologiche ed epidemiologiche. — PROBLEMI CULTURALI: Il ragionamento clinico nell'insegnamento anatomico. — VARIA.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Ufficiale sanitario provvisorio. Cessazione dal servizio. — Concorso. Limiti di età.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

STUDI RIASSUNTIVI

ISTITUTO DIAGNOSTICO DI REGGIO CALABRIA

L'anchilostomiasi.

(Rilievi clinici e di laboratorio)

P. TIMPANO.

L'enorme diffusione dell'anchilostomiasi nella Provincia di Reggio Calabria e l'osservazione diretta di oltre un migliaio di casi mi induce a pubblicare queste note d'importanza pratica.

Fu il Gabbi che nel 1906 osservò il primo caso di anchilostomiasi nella Provincia di Reggio Calabria, poi un altro nel 1907 e altri ancora nel 1914.

Nel 1918 ebbi occasione di segnalare il lento e progressivo diffondersi della malattia e nel 1921 iniziai lo studio epidemiologico e clinico.

Attualmente i paesi e le campagne colpiti dall'infezione sono molti, tanto che la Prefettura e l'Amministrazione della Provincia, resisi conto della gravità dell'epidemia, decisero d'intervenire ufficialmente nella lotta, informandone, per i provvedimenti del caso, il Ministero dell'Interno (Direz. gen. della Sanità Pubblica).

Richiamata l'attenzione delle Superiori Autorità sulla importanza di questa malattia sociale, sperimentai, per la prima volta in Italia, nel 1927 la cura col tetracloruro di carbonio, prima sciolto semplicemente in acqua e poi preparato in capsule gelatinose (*Policlinico*, Sez. Pratica, 1929), cura che diede risultati molto incoraggianti e che ora viene largamente applicata in tutte le zone infestate.

In questo lungo periodo ho potuto osservare e registrare 1165 casi e, servendomi dei mezzi di cui largamente dispone l'Istituto dell'Associazione Nazionale per il Mezzogiorno, raccogliere dati clinici e di laboratorio, oltre che epidemiologici, d'importanza non trascurabile.

RILIEVI CLINICI.

L'anchilostomiasi può provocare disturbi a carico dell'apparato digerente, del fegato, dei

reni, dell'apparato cardio-vascolare, del sistema nervoso centrale e periferico, della cute ecc. Non sono infrequenti i casi di gastrite, i casi con sindromi di ulcera gastrica o di tumore, che neppure l'indagine radiologica può escludere, di ittero, di nefriti azotemiche, di tachicardia e di iposistolie, di amenorree e di metrorragie. Più rari sono i casi con sindromi meningee, con monoparesi, con paraplegie flaccide. Tutte queste complicazioni e successioni morbose, di cui mi sono altre volte occupato (Congresso di Medicina e Igiene Coloniale, Roma, 1929; Policlinico, Sez. prat., 1933; Congresso Calabro-Siculo, Reggio Calabria, 1934) sono guarite con la deparassitizzazione dei pazienti.

Il tetracloruro di carbonio, nei casi con lesioni renali preesistenti all'infestazione, ha determinato più di una volta l'aggravamento delle lesioni. Il riposo, la dieta appropriata, la somministrazione di preparati di calcio, di adrenalina, ecc., hanno sempre recato un notevole e progressivo miglioramento.

Nei casi, invece, con lesioni renali dovute all'azione tossica dell'anchilostomiasi, il tetracloruro di carbonio ha provocato in alcuni aumento dell'albumina, dei cilindri e delle emazie e qualche volta oliguria con dolori gravativi nelle regioni renali, in altri disturbi a carico del tubo digerente (meteorismo, vomiti, nausee) e del sistema nervoso (cefalea, sonnolenza, ecc.). Tralasciando di somministrare la 2ª dose curativa, oppure distanziandola di un mese, e mettendo i pazienti a regime adatto, si è riusciti a combattere i disturbi accennati.

Nei casi con insufficienza epatica (subittero, demagrimento, difficile digestione, difettosa assimilazione) il tetracloruro di carbonio ha spesso determinato sintomi più o meno gravi d'intolleranza. In questi casi l'uso del purgante salino prima della somministrazione del tetracloruro di carbonio e spesso anche dopo, il riposo, l'esclusione di cibi e bevande irritanti, riescono di grande utilità. Riguardo all'anemia, l'esperienza dimostra che i casi leggeri guariscono dopo l'espulsione dei parassiti senza cure speciali; i casi di media gravità tanto più presto guariscono quanto più presto viene istituita la cura di ferro ridotto dall'idrogeno, di arsenico, di rame. Le anemie che si sono protratte per lungo tempo sono quelle che resistono di più, perchè l'attività ematopoietica del midollo tende a diminuire. Gli estratti epatici si sono dimostrati poco o niente efficaci. A questo punto ci si potrebbe domandare: come si fa a diagnosticare precocemente l'anchilostomanemia? La diagnosi precoce non serve solo per curare presto e bene i portatori di anchilostomi ma anche per la profilassi. Nelle zone infestate è consigliabile che ai primi disturbi gastro-intestinali o generali o cutanei si proceda all'esame delle fecce. Se poi si è in presenza di un'anemia lieve, anzichè perdere tempo in lunghe cure con preparati antianemici, conviene procedere subito all'esame delle fecce. In simili casi si potranno osservare le uova di anchilostoma e allora la cura col tetracloruro di carbonio ci dispenserà da altri presidi terapeutici e non si avrà nemmeno limitazione della capacità lavorativa. Anche l'esame del sangue, sebbene richieda gabinetti attrezzati e capacità tecnica, potrebbe orientarci verso la diagnosi. La leucocitosi e specialmente l'eosinofilia, che non mancano quasi mai nel primo periodo dell'infestazione, sono indici che possono farci sospettare la parassitosi intestinale. Negli individui affetti da lues, da malaria, da tubercolosi, l'anchilostomiasi determina un peggioramento dello stato generale, aggrava le condizioni dell'apparato respiratorio e riduce i vantaggi delle cure specifiche.

È necessario, in questi casi, curare senza indugio l'anchilostomiasi. In nessun caso si è visto che l'anchilostomiasi abbia esercitato azione arginante contro la tubercolosi o contro qualsiasi altro processo infettivo in atto.

L'anchilostomiasi non appartiene alle malattie capaci di provocare, in determinati casi, una vera azione antagonista. Al contrario, rende l'organismo più recettivo. Nè la tubercolosi polmonare, al pari della malaria e della lues, risparmia l'individuo dall'infestazione anchilostomisiaca. Parecchi casi da me registrati dimostrano precisamente il contrario. Circa la patogenesi dell'anchilostomanemia ho voluto riesaminare, tenendo conto delle numerose osservazioni personali, questo dibattuto problema. Sta di fatto che il numero degli anchilostomi non è sempre in rapporto con l'intensità dell'anemia e che le piccolissime perdite di sangue provocate dai parassiti non possono spiegare in ogni caso la spiccata riduzione dell'emoglobina e dei globuli rossi. Il De Giovanni, per il primo, affacciò l'ipotesi che gli anchilostomi, direttamente o indirettamente, sono capaci di produrre delle sostanze tossiche ed emolitiche.

In seguito Lussena, Zappert, Aporti, Gabbi, De Renzi, Maragliano, Tomaselli, Moreschi, Romani, Liefemann, Loos ed altri ammisero l'esistenza di sostanze tossiche ed emolitiche. Alessandrini dimostrò come le glandole cervicali degli anchilostomi secernono delle sostanze

con spiccata azione emolitica. Non sono stati d'accordo nell'ammettere l'esistenza di tossine emolitiche Ascoli Maurizio, Micheli, Poggio e Marini, mentre Frugoni, Caporali, Preti, De Blasi e Caracciolo ne hanno potuto confermare l'esistenza. Le ripetute osservazioni cliniche, tenuto conto delle capacità reattive dell'organismo, dell'intensità dell'infestazione, dello stato dispeptico degli ammalati, della facilità o meno con cui si manifesta l'anemia, della gravità e della durata di questa, inducono ad ammettere che nella patogenesi dell'anchilostomanemia intervengono fattori diversi, e cioè, le piccole perdite di sangue, le tossine emolitiche, le alterazioni del tubo digerente, l'insufficienza dei poteri di rigenerazione e un difetto dei processi di svelenamento. È noto in biochimica che i grassi sdoppiati in saponi per la presenza degli alcali e gli acidi grassi come tali, passando nel sistema linfatico, vengono trasformati in grassi neutri e quindi non più atti a svolgere azione emolitica. La presenza di anchilostomi, secondo il giudizio di alcuni autori, rende difficile questa trasformazione e quindi il passaggio in circolo di piccole quantità di saponi e acidi grassi, contribuisce ad aggravare l'anemia. Anche il fegato, che avrebbe una funzione protettiva, svelenatrice, il più delle volte, negli individui affetti da anchilostomiasi, è insufficiente a svolgere questa funzione.

METODO CURATIVO.

L'esperienza fornitami dalla cura di 1165 casi di anchilostomiasi, senza contare il contributo recato da molti medici della provincia di Reggio Calabria, mi ha dimostrato che la *cura efficace* si può ottenere in generale con dosi cc. 4,80 di tetracloruro di carbonio per gli adulti e di cc. 2,40 per i bambini, da ripetere alla distanza di 15 o 20 giorni. Nelle infestazioni leggere basta somministrare il tetracloruro una volta sola.

Le capsule di tetracloruro di carbonio vengono ingerite al mattino, a digiuno, e prima o 2-3 ore dopo, si somministra un purgante salino (15 o 20 gr. di solfato di magnesio). A mezzogiorno si fa prendere del latte con pane o delle uova o della frutta e la sera altrettanto. Il giorno dopo dieta normale.

Le dosi accennate, salvo le variazioni consigliate dall'età, dalle condizioni generali dell'organismo o particolari dei vari apparati, hanno dato risultati ottimi sia dal punto di vista della deparassitizzazione sia dal punto di vista della tolleranza, come è stato possibile accertare da numerose osservazioni cliniche e ricerche di laboratorio (esami di fecce, ripetute ogni 10-15 giorni per 2 o 3 volte, di urine, di sangue). Izar fin dal 1934 aveva consigliato di usare per gli adulti gr. 2,4 di tetracloruro di carbonio il 1° giorno, gr. 3,6 il 3° giorno, gr. 4,8 il 5° giorno. Dopo due ore dall'ultima ingestione un purgante salino.

Il Mazzitelli nel 1935 sperimentò su 46 casi il sistema curativo delle dosi frazionate e ciclicamente ripetute tre o quattro volte con intervalli di 4 giorni fra un ciclo e l'altro. Non usò mai purganti nè prima nè dopo la somministrazione del tetracloruro di carbonio, e i risultati, secondo lui, furono *totalitari*, per cui anche oggi ritiene di dovere insistere su questo metodo di cura.

Poichè non è senza importanza il metodo curativo con un medicinale compreso tra gli *eroici*, credo opportuno soffermarmi su questo argomento.

Il Mazzitelli propone di somministrare: fino al 10° anno di età cc. 1,20 il 1° giorno e cc. 0,60 per altri 4 giorni. In tutto cc. 3. Dal 10° anno al 18° cc. 1,80, 1,20, 0,60, 0,60. In tutto cc. 4,20. Dal 18° anno in poi cc. 2,40 e poi 1,20 per altri 3 giorni. In tutto cc. 6. Tali cicli, come si è detto, si ripetono 3 o 4 volte, con intervallo di 4 giorni fra un ciclo e l'altro.

Ne consegue che a breve intervallo si dovrebbero somministrare complessivamente cc. 9 per 3 cicli o 12 per 4 cicli fino al 10° anno di età; cc. 12,60 o 16,80 dal 10° al 18° anno; cc. 18 o 24 dal 18° anno in poi.

In una nota pubblicata ne « Le Forze Sanitarie » il 30 luglio 1938 io rilevavo che tale metodo curativo sembra un metodo di « piccole dosi » ma in sostanza le dosi globali somministrate a brevi intervalli sono abbastanza elevate.

Izar, come ho accennato, limita la cura per gli adulti ad un ciclo di 3 giorni. Io credo che sia sufficiente un solo giorno di cura, somministrando, come ho già detto, cc. 4,80 agli adulti e cc. 2,40 ai bambini. Tale cura faccio ripetere a distanza di 15-20 giorni. Prima della somministrazione del tetracloruro di carbonio, ma più spesso dopo 2 o 3 ore dopo, consiglio di prendere un purgante salino.

In base all'osservazione di oltre un migliaio di casi, posso affermare che in linea di massima non è prudente sorpassare le dosi da me indicate, dosi che si sono dimostrate efficaci e nello stesso tempo scevre d'inconvenienti. A prescindere da quello che dicono i farmacologi sull'azione del tetracloruro di carbonio (il tetracloruro di carbonio è un perclorometano, mentre il cloroformio è un triclorometano,

quindi più ricco in cloro e più tossico) le osservazioni cliniche e le indagini di laboratorio dimostrano che quando si sorpassano le dosi anzidette (come è accaduto di constatare in molti individui che avevano di propria iniziativa o per consiglio di empirici ripetute le dosi tre o quattro volte, anche quando le condizioni organiche erano tali da non destare preoccupazioni) si possono avere accidenti tossici, come cefalee intense, convulsioni, deliqui, vomiti, itterizia, enterocoliti, nefriti, epato-nefriti, metrorragie, ecc., che costringono per più giorni a letto i pazienti.

Del resto sintomi d'intossicazione più o meno gravi e perfino mortali da tetracloruro di carbonio sono stati constatati da Lamsnon, Minor e Robbins (*Journ. Am. Med. Ass.*, 1929) in individui con ipoepatismo (è nota la frequenza delle alterazioni allergiche del fegato nei paesi caldi), con lesioni renali ignorate, con alterazioni del ricambio del calcio, con disturbi della digestione, con disturbi neurovegetativi, con disturbi cardiaci, ecc.; da D'Anella e Tourenc (Soc. de pathol. exotique, febbraio 1938); da Radot, Mauric, Domart, Villars (Soc. de biologie, giugno 1938) e da altri ancora. Si pensi pure che talune disfunzioni, talune alterazioni di organi interni il più delle volte sfuggono ad un esame sommario degl'infestati di anchilostomiasi, ma tuttavia esistono e sono frequenti fra i lavoratori delle nostre campagne e senza dubbio predispongono all'insorgenza di fenomeni tossici. In America sono venuti nella determinazione di diminuire le dosi di tetracloruro di carbonio e di associare l'essenza di chenopodio e altrettanto si comincia a fare anche in Germania. Il Garin, il Rousset e il Gontier raccomandano la prudenza perfino con l'uso delle dosi normali.

Mi si dirà che le dosi piccole possono svelare l'intolleranza verso il tetracloruro di carbonio e costringerci a modificare il sistema curativo. Ciò potrebbe essere nei casi che si trovano sotto il costante controllo del medico, ma per i lavoratori sparsi nelle campagne, i quali dopo l'esame positivo delle fecce ricevono le istruzioni e la scorta occorrente di capsule di tetracloruro di carbonio, ciò non è possibile.

Mi si dirà ancora, come ha avvertito il Mazzitelli, che la dose globale non deve preoccupare quando viene frazionata in 16 somministrazioni, così da dare agli adulti cc. 1,50 in media *pro die* durante un ciclo di cura. Ma la farmacologia, la fisiologia e la clinica ci dimostrano che talune sostanze somministrate a piccole dosi e per più giorni riescono inefficaci, altre, invece, danneggiano l'organismo, mentre vi sono delle sostanze che somministrate a dosi massime una sola volta esplicano azione efficace e non provocano fenomeni secondari. Basti pensare, per es., alla santonina, al calomelano, al chinino, ecc. Anche Silva, nella Clinica di Bozzolo, di cui era assistente, aveva provato di somministrare il timolo a dosi piccole per più giorni, anzichè dare 10-12 gr. nelle 24 ore, ma dovette ricredersi, sia perchè le piccole dosi riuscivano inefficaci, sia perchè era possibile l'assorbimento, e somministrava poi gr. 4 al giorno per 3 giorni, seguite da purgante salino.

In tema di terapia entrano in giuoco diversi fattori: la natura del medicinale, la purezza, la dose, la velocità d'assorbimento, la velocità d'eliminazione, le reazioni organiche, la gravità della malattia, le capacità funzionali dei vari organi o apparati, ecc. Bisogna pure non dimenticare i casi, molto frequenti nelle zone maggiormente infestate dall'anchilostoma, di reinfezione. Vorremmo ripetere anche per questi, quando ancora portano i segni del danno cagionato dall'anchilostomiasi, i soliti cicli di cura?

A me sembra che il Mazzitelli, che è uno studioso appassionato del problema riguardante la lotta contro l'anchilostomiasi, non abbia ancora potuto rendersi esatto conto — dato il numero limitato dei casi trattati, e, forse, in condizioni d'ambiente più favorevoli — della necessità o meno di adoperare per la cura dosi globali elevate e della possibilità che tali dosi provochino inconvenienti non trascurabili.

Io mi sono attenuto e continuo ad attenermi, in linea di massima, alle dosi che ho già indicate, dosi che destano minori preoccupazioni, non costringono i pazienti a prolungare le diete prive di grassi e di alcool, nè a prolungare i riposi e raggiungono lo scopo voluto: la deparassitizzazione. Sono, del resto, le dosi consigliate oggi da autori americani, tedeschi, inglesi e francesi, e mentre gli americani e i tedeschi tendono a ridurle, come ho già accennato, associandole all'essenza di chenopodio, i francesi vantano successi coll'uso del tetracloretilene, che ho anch'io voluto sperimentare in 107 casi. Il tetracloretilene, introdotto da Hall e Schillinger nella terapia veterinaria e da Schapiroe e Stoll nell'anchilostomiasi degli adulti e dei bambini, viene consigliato alla dose di 3 gr. al giorno per tre giorni, da prendersi al mattino, 1 gr. alla volta, con un'ora d'intervallo. Al 3° giorno, 3 ore dopo l'ultima dose, si somministra un

purgante salino. Nei soggetti robusti si può arrivare a 3 gr. il 1° giorno, 4 il 2° e 5 il 3°. Gli autori francesi son d'accordo nel ritenere che il tetracloretilene dà risultati eccellenti ed è meno tossico del tetracloruro di carbonio. Tuttavia nel trattamento abituale non sorpassano i 3 gr. *pro die* per tre giorni e consigliano le stesse cautele che per il tetracloruro. Nei 107 casi da me trattati non ho avuto a lamentare inconvenienti, all'infuori di qualche senso di ebbrezza. Recentemente ho pure voluto provare il *bedermin*, miscela di essenza di chenopodio e tetracloruro di carbonio. La dose per adulti è di 6 capsule da gr. 0,60, date in una sola volta, al mattino, a digiuno, seguite dopo tre ore da un purgante. Anche per questo preparato viene consigliata molta cautela nelle persone deboli, cardiache ed epatiche. In 11 casi i risultati sono stati soddisfacenti. Occorrono maggiori prove.

Riguardo all'opportunità o meno di somministrare un purgante prima o dopo l'ingestione del tetracloruro di carbonio, devo dire che nei primi esperimenti anch'io ho fatto a meno dei purganti, ben sapendo che il tetracloruro di carbonio è leggermente lassativo, ma l'esperienza successiva mi ha fatto convincere che la somministrazione di un purgante salino prima dell'ingestione del tetracloruro oppure 2-3 ore dopo, facilita molto l'espulsione dei parassiti. Nei casi con stitichezza abituale è preferibile dare il purgante prima, perchè spesso mi è accaduto di osservare che l'alvo non si apriva spontaneamente neppure il giorno successivo e i pazienti si lagnavano di nausee, di vertigini, di ronzii, di dolori al ventre, di astenia.

Se si considera che il tetracloruro di carbonio, come il cloroformio, il tetracloretilene e l'olio essenziale di chenopodio non sono parassiticidi nel senso assoluto della parola, ma agiscono narcotizzando i parassiti intestinali, si comprende facilmente come l'uso del purgante non sia inopportuno.

Inoltre l'esame delle fecce ripetute due o tre volte a distanza di 10-15 giorni dopo la cura negli individui che non prendono alcun purgante fa osservare spesso uova di anchilostoma più di quanto non accade se i portatori si sono purgati. Nei casi d'infestazione leggera il purgante potrebbe non essere indispensabile.

Per completare la cura dell'anchilostomiasi è necessario rivolgere la nostra attenzione ai principali sintomi di questa parassitosi e, in primo luogo, all'anemia. È noto che in molti casi, dopo l'espulsione degli anchilostomi, si ha un miglioramento rapido di tutti i sintomi e in breve tempo i pazienti riacquistano la salute senza ricorrere a cure speciali, ed è pure noto che in altri casi la presenza degli anchilostomi induce danni così lievi da essere compensati, nel corso stesso dell'infestazione, dalle naturali forze ricostruttive dell'organismo, cosicchè questi portatori non sembrano ammalati. In molti altri casi si ha un'anemia più o meno spiccata, che tende ad aumentare ove non intervenga la cura e non scompare facilmente dopo deparassitizzazione. Sono i casi più comuni, nei quali l'anemia è ipocroma, con diminuzione più o meno notevole del tasso di emoglobina, con diminuzione del numero dei globuli rossi fino a cifre assai basse, con poichilocitosi, anisocitosi ed anisocromia, con linfocitosi relativa ed eosinofilia, talvolta con la comparsa in circolo di globuli rossi nucleati, ma che conservano sempre il carattere di normoblasti. Quest'anemia non è sempre in rapporto al numero di parassiti ospitati, ma dipende da fattori diversi: dalle piccole emorragie mantenute dalla presenza di una sostanza anticoagulante, dalle tossine emolitiche, dai disturbi della digestione e assimilazione, dalle reazioni organiche. Anche l'apparato digerente e il sistema nervoso possono essere notevolmente compromessi. Dalla mancanza di appetito, dalla digestione lenta e laboriosa si giunge alla ipocloridria e all'anacloridria; dalle fugaci vertigini e dalla leggera astenia si giunge alle sindromi meningee e motorie più allarmanti. In questi casi occorre provvedere alla cura completa. Ottimi sono i preparati emopoietici, come il ferro, il rame, l'arsenico.

I rimedi organici qui non hanno l'azione pronta e, quasi direi, specifica come nell'anemia di Biermer o nell'anemia da botriocefalo. Contemporaneamente si daranno preparati digestivi e tonici del cuore. Sono indicati anche una dieta nutriente, evitando all'inizio cibi e bevande troppo stimolanti, e un periodo di riposo assoluto.

Quando si osservano fatti di insufficienza epatica, siano essi dovuti alle tossine degli anchilostomi o alla dispepsia o all'uso del tetracloruro di carbonio, come, per es., il dimagrimento eccessivo, il subittero, la tendenza alle emorragie, all'acidosi, all'ipotensione ecc., allora bisogna ricorrere ad una dieta ricca di glucosio, alle lecitine, alla tiroixina, agli analettici.

RILIEVI DI LABORATORIO.

Esame delle fecce. Il più delle volte l'esame microscopico diretto delle fecce è sufficiente

a farci osservare le uova o le larve degli anchilostomi, ma quando queste sono scarse, riesce difficile trovarle. In questi casi il metodo più opportuno per l'arricchimento mi è sembrato quello di Teleman, modificato da Garin, Doubrow e Mounier. Si diluisce un campione di fecce quanto un uovo di piccione o una noce con 15-20 volte il suo volume di acqua. Dopo qualche minuto si prelevano 10 cc. di questa diluizione e si aggiungono 3 o 4 cc. del reattivo così composto: 30 cc. di acido solforico, 90 cc. di etere solforico (si versa l'etere poco a poco tenendo il recipiente in acqua fredda), reattivo che dovrà essere agitato bene prima dell'uso, e si centrifuga. Con una pipetta si preleva una goccia del centrifugato, si stende sul vetrino millimetrato consigliato da Alessandrini e si osserva al microscopio.

Anche il metodo delle soluzioni saline di Bass può riuscire utile. Si diluiscono le fecce in un bicchiere con soluzione satura di sale da cucina in modo da riempirlo completamente, vi si pone sopra un vetrino che dovrà venire in contatto con l'acqua. Dopo qualche tempo le uova salgono a galla e aderiscono al vetrino, che può servire senz'altro per l'esame (Alessandrini).

Esistono casi di anchilostomiasi, anche grave, con reperto coproscopico negativo? Izar ne ha descritto uno. Il Mazzitelli, successivamente, ha riscontrato altri casi, e avendo somministrato il tetraclorure di carbonio, ha visto che agiva anche da attivatore diagnostico.

Di casi simili non ne ho mai osservato. Mi è accaduto spesso di dovere ripetere l'esame delle fecce due, tre e anche quattro volte senza riscontrare uova di anchilostomi, ma insistendo ho finito per trovarle, specialmente ricorrendo al metodo dell'arricchimento.

L'esame delle fecce svela spesso l'esistenza di associazioni parassitarie (anchilostomi con lamblie o con ascaridi, con tricocefali, tenie, amebe, ossiuridi, balantidi). Di notevole importanza, dal punto di vista clinico e terapeutico, è l'associazione degli anchilostomi con gli ascaridi, con le lamblie, col balantidium coli o con l'ameba istolitica. Il tetracloruro di carbonio non è sufficiente da solo a combattere l'infestione associata e bisogna ricorrere, o prima o dopo, all'emetina, allo stovarsolo, al chinino, all'atebrina. La sintomatologia è di solito strana e tumultuaria e simula le più diverse malattie, così da trarre in inganno il medico.

La presenza del solo balantidium coli è stata da me riscontrata nella provincia di Reggio Calabria più volte nei bambini (vedi *La Pediatria*, n. 4, 1935), due volte in associazione con gli anchilostomi.

Esiste da noi il *necator americanus?* Dalle non poche osservazioni macro- e microscopiche eseguite, mi è capitato di distinguere due sole volte la presenza di questo nematode. Può darsi che se si volesse portare ogni volta l'attenzione sulle caratteristiche dei parassiti e delle uova, si troverebbero altri casi.

Sangue. Esaminando il sangue degli individui affetti da anchilostomanemia, non si notano, in generale, quadri che si differenziano in modo speciale da quelli che si osservano nelle altre anemie. C'è iprocromia, leucocitosi, poichilocitosi, anisocromia, eosinofilia. Ma a secondo dei periodi nei quali si esamina il sangue, si hanno variazioni in meno o in più. L'eosinofilia è più spiccata nel primo stadio, ma qualche volta manca, come può mancare nelle anemie profonde. In questi ultimi casi si possono riscontrare globuli rossi nucleati, tuttavia non si osservano mai le forme caratteristiche dell'anemia perniciosa progressiva. Fin dal 1934 (vedi *Annali d'Igiene*, anno XLIV, 1934) ho intrapreso lo studio della velocità di sedimentazione dei globuli rossi, della resistenza globulare e del tempo di coagulazione negli anchilostomisiaci, avendo avuto cura di escludere i casi complicati da tubercolosi, lues, ittero catarrale, cancro, processi infiammatori, processi febbrili, che avrebbero alterato i risultati. Ho istituito, come confronto, le stesse ricerche in casi di anemia semplice.

Dalle ricerche eseguite allora e dalle nuove non ho trovato da modificare le conclusioni alle quali ero arrivato, e, cioè, che la velocità di sedimentazione dei globuli rossi è accelerata, la resistenza glob. diminuita e il tempo di coagulazione ribassato in confronto dei casi di anemia semplice. Ma le differenze non sono tali da attribuire alle suddette ricerche un'importanza diagnostica. Possono orientare verso una diagnosi di *probabilità* o, meglio, di *attività*. Inoltre la vel. di sedim. non è tanto in rapporto col numero degli anchilostomosi quanto con le modificazioni che i parassiti producono nel sangue.

La presenza di anchilostomi che non abbiano ancora provocato alterazioni ematiche non è sufficiente per determinare l'acceleramento della vel. di sedim. Se l'anemia si accompagna a disturbi gastro-intestinali, la vel. di sedim. diviene ancora più accelerata.

Vi sono casi in cui gli anchilostomi sono scomparsi, ma la vel. di sedim. non ritorna subito alla norma, e casi in cui, dopo la cura, rimangono ancora parassiti, presumibilmente maschi, e la vel. di sedim. è tornata normale, perchè migliorate rapidamente le condizioni generali. Il ritorno alla norma della vel. di sedim. in questi casi non parla della guarigione parassitaria.

Neppure l'eosinofilia è in rapporto con la quantità degli anchilostomi ma con la intensità dell'azione tossica ed emolitica esercitata da questi parassiti. L'eosinofilia scompare lentamente, con la deparassitizzazione e col ritorno alla norma delle condizioni generali dell'organismo. Nei casi gravi l'eosinofilia può mancare o essere bassa. Il comportamento dell'eosinofilia starebbe a dimostrare l'intensità delle reazioni organiche di difesa.

Urine. In molti casi di anchilostomiasi l'esame delle urine praticato prima delle cure, non ha fatto rilevare nulla di anormale, ma in altri, che presentavano spiccata anemia e turbe gastro-intestinali, si sono riscontrate tracce più o meno notevoli di albumina, di urobilina, di indacano e talvolta cilindri italini e granulosi. Più raramente sangue od emoglobina.

L'esame delle urine praticato a distanza di pochi giorni dopo le cure ha dato quasi sempre risultato negativo nei casi leggeri e con funzioni gastro-intestinali soddisfacenti. Negli individui, nei quali si erano riscontrate le accennate alterazioni renali, si è più volte constatato un sensibile aggravamento, per cui o non si è stimato prudente ripetere la 2ª dose di tetracloruro oppure si è somministrata dopo che l'esame delle urine aveva dimostrato un decisivo miglioramento delle condizioni renali. In alcuni individui, nei quali a causa di reinfestazioni, verificatesi dopo 4-5 mesi dopo le prime cure, si dovette somministrare il tetracloruro di carbonio nelle medesime dosi, le urine presentarono albumina e cilindri, mentre l'esame praticato successivamente alla cura della prima infestazione, solo in qualche caso aveva fatto rilevare la presenza di tracce di albumina. In tutti questi casi il regime igienico e dietetico e le eventuali cure di calcio, di surrenasi, ecc., hanno determinato, salvo rare eccezioni, la guarigione completa. Un reperto frequente nei sedimenti urinari degli individui affetti da anchilostomiasi, sopratutto quando l'infestazione durava da lungo, è stata la presenza di cristalli di ossalato di calcio in quantità più o meno notevole. L'ossaluria viene considerata da alcuni autori come uno dei segni di parassitosi intestinale. Non è facile tuttavia dare un giudizio sicuro, perchè da noi i lavoratori si alimentano prevalentemente di cibi che sogliono produrre ossaluria. In alcuni casi di anchilostomanemia ho potuto osservare una insufficienza dell' eliminazione dell'urea.

Calcemia. Data l'importanza del calcio per l'equilibrio dei processi biochimici e nella genesi di vari stati morbosi, ho voluto dosarlo nel sangue in 4 casi di anchilostomanemia grave, in 3 casi di anchilostomiasi con fenomeni d'intossicazione dovuta al tetracloruro di c. e in 10 casi di anchilostomiasi senza complicanze speciali prima dell'inizio della cura.

Mi sono servito del micrometodo di Kramer e Tisdal. In tutti questi casi ho notato una diminuzione del tasso calcemico, ma più specialmente nei casi di anchilostomanemia grave e in quelli con fenomeni d'intossicazione dovuta al tetracloruro di carbonio. La somministrazione di gluconato di calcio, specialmente per via endovenosa e a dosi non superiori ai 2 cc., ha dato, nei casi indicati, ottimi risultati.

I rilievi clinici e di laboratorio che ho voluto rapidamente passare in rassegna, sono il risultato dell'osservazione di parecchi anni e di un numero non indifferente di casi di anchilostomiasi e stanno a dimostrare l'importanza clinica e sociale della malattia e l'efficacia del metodo curativo fino ad oggi seguito in tutte le zone infestate. Stanno anche a dimostrare la necessità di vigilare, quando sia il caso, sulle condizioni di salute degli individui prima della cura, durante e dopo la cura, e l'utilità di poter disporre, per le opportune indagini, di laboratori bene attrezzati.

Le osservazioni epidemiologiche e profilattiche, anch'esse di notevole importanza pratica, saranno oggetto di altro lavoro.

RIASSUNTO.

L'A., in base all'osservazione di 1165 casi di anchilostomiasi, riferisce sul metodo curativo, sulle complicazioni e successioni morbose e su alcune indagini clinico-diagnostiche di laboratorio.

Giugno del 1939.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Trombo-arterite obliterante del tratto Hunteriano della femorale, per trauma da roncola. Gravi alterazioni anatomiche e funzionali del piede corrispondente in giovane soggetto di 18 anni.

Dott. Prof. SILVESTRO BILE

già incaricato di Medicina Operatoria nella R. Università di Napoli. Docente di Anatomia Chirurgica.

Non per entrare in merito al non poco discusso capitolo delle alterazioni dei vasi sanguigni, ma a solo titolo di contributo clinico, data la strana storia dell'ammalato, capitato alla mia osservazione, è che io riferisco il caso.

Tutte le deduzioni possibili che ne potessero venir fuori rappresenterebbero sempre un guadagno per la etiologia delle trombo-angioiti obliteranti.

STORIA CLINICA. — D. E. G. di anni 18 da Termoli, nel mentre nella mattinata del 18 marzo u. s. attendeva alla potatura di una fratta, si ferì con la roncola nella regione hunteriana della coscia destra. Egli racconta che molto sangue venne fuori dalla ferita lunga quasi 2 cm., e che il medico accorso, dopo disinfezione della lesione, la richiuse con tre ciappe di Michel, senza alcuna allacciatura, perchè l'emorragia cessò.

Egli in sette giorni guarì per prima intenzione e attese subito ai suoi lavori agricoli. Senonchè dopo circa una quindicina di giorni incominciò a notare in corrispondenza del II, III, e IV dito del piede destro una flogosi lenta e deturpante, in seguito alla quale le tre dita si eliminarono in toto con discreta suppurazione. Il piede assunse l'atteggiamento leggermente equino, nè era possibile l'estensione. Il medico curante cercò di curare con impacchi alcoolici e con pomate inerti la lesione dell'avampiede, ma nè l'arrossamento della pars. residua, nè la suppurazione scomparvero. Nessun dolore è stato mai avvertito dall'infermo, nè nel punto ove si ferì nè tampoco in corrispondenza del focolaio flogistico! Verso la fine di marzo visitai in Termoli nel mio ambulatorio, il D. E. e gli consigliai di venire in Clinica per gli ulteriori accertamenti e la cura del caso.

Antecedenti personali: non ha sofferto che febbri malariche dalle quali, dice, di essere guarito. Solamente ogni due o tre mesi accusa delle intense ipertermie, che raggiungono anche i 40° con brivido, e che spariscono dopo un paio di giorni.

Esame clinico: Soma normale, colorito normale; mucose visibili ben colorite; aspetto sano.

In corrispondenza del canale di Hunter destro si nota una corta cicatrice, appiattita, spostabile, di colorito biancastro, della lunghezza di circa 2 cm. Palpando in detto punto non si provoca dolore all'ammalato, nè si avverte il polso della femorale. Tre dita del piede sono eliminate e vi residua una flogosi deturpante e suppurante.

Il piede è in leggero equinismo e non sono possibili movimenti di flessione dorsale. Temperatura 37°.

Palpando l'area del triangolo di Scarpa, si avverte un groviglio lungo il decorso del fascio vascolare, sotto forma di un grosso cordone, prossimalmente al quale si avvertono i battiti della femorale: distalmente no. La pedidia non batte: fallace è la sensazione pulsante della tibiale posteriore dietro il malleolo interno. L'arto ha calore e colore normale. Per volume, quello di destra è aumentato rispetto a quello di sinistra.

Esame radiografico (dott. Peluzzo) — Scheletro del piede notevolmente compromesso, specie nei riguardi del calcagno, dell'astragalo e dei tre cuneiformi e del III e IV metatarso.

Esame sierologico. — Negativo.

Diagnosi: trombo-arterite obliterante, traumatica, dell'arteria femorale destra con necrosi dell'avampiede e grave distrofia dello scheletro del piede.

PROGRAMMA TERAPEUTICO. — Innanzi ad un quadro così importante e tanto disastroso per il disgraziato giovane mi proposi di intervenire con una amputazione al terzo inferiore della gamba, seguito da una Lèriche perifemorale nel triangolo di Scarpa, pur vagliando gli incerti risultati di quest'ultima operazione. Ma non avevo disposto l'animo a sacrificare l'intero arto e fondavo su di una valida circolazione collaterale.

OPERAZIONE. — In anestesia rachidea (spazio tra la II e la III lombare) previa iniezione di caffeina (0,25) praticata circa 40 minuti prima, scolpii, senza laccio emostatico preventivo un lembo laterale grande e uno piccolo, mediale. Tranne qualche po' di sangue fuoriuscito dalla lesione della grande safena non ebbi la benchè minima emorragia arteriosa.

Per quanto sfiduciato, scolpii il manicotto muscolare e i vasi tagliati, che l'assistente era pronto a pinzettare, non dettero sangue. Era inutile continuare l'operazione a tale altezza e stabilii immediatamente di procedere ad una disarticolazione osteoplastica del ginocchio secondo l'ottimo metodo di Gritti. Scolpii il lembo anteriore e potetti notare che qui la circolazione era migliore perchè dovetti applicare qualche koker. Aprii l'articolazione e dopo aver segati i due condili e la rotula mi accinsi, *sempre senza laccio*, a portar via la gamba, dopo aver ben preparata la regione posteriore dell'estremo tibiale. Applicato une medio amputante parallelamente allo scheletro, con due colpi decisi, terminai l'amputazione. La sezione dei vasi poplitei non dette sangue; al contrario numerose arteriole sanguinavano e furono forcipressate con sveltezza. Resecai il nervo molto in alto e, per prudenza misi un laccio sulla sezione della arteria e della vena poplitea. Ricostruii le parti, senza servirmi dell'inchiodamento della sezione della rotula sulla sezione dei condili femorali e lasciai agli angoli della ferita due drenaggi di caucciù.

Si ebbe guarigione per primam in 14ª giornata, senza alcuna complicanza.

Intanto l'infermo mi andava dicendo che quel cordone duro sito nel triangolo di Scarpa, che gli

aveva sempre causato dei fastidi, non gli dava più molestia.

In 20ª giornata praticai il secondo intervento.

II INTERVENTO. — In anestesia rachidea (che, strano, questa volta non si manifestò quasi per niente), incisi lungo la bisettrice del triangolo di Scarpa a cominciare quasi al di sotto del Ponte di Falloppio.

M'imbattei nella trama della tela sottocutanea, in una pleiade glandolare linfatica che a fatica potetti asportare. Dopo aver preparato così la fascia la incisi su di una sonda scanalata e ricercai l'arteria che si presentò piccola, pallida e debolmente pulsante. Caricata su due uncini, subito il battito si fermò. Sgusciai dalla sua circonferenza circa 1 cm. e mezzo di avventizia e rimisi al suo posto il vaso. Immediatamente, come per incanto, i battiti arteriosi si fecero energici, e l'ammalato che aveva dovuto subire l'intervento in anestesia locale, per la mancata anestesia spinale, avvertiva i battiti arteriosi ripercuotersi nel segmento dell'arto amputato.

Guarigione chirurgica in 28ª giornata.

BREVI CONSIDERAZIONI.

Che il trauma sia da incolparsi per l'avvenuta malattia della femorale, è fuori dubbio.

Che cosa abbia prodotto il colpo di roncola sulla arteria è ciò che lascia perplessi e dubbiosi.

Certo non vi fu ferita del vaso perchè il giovane guarì della lesione fattasi in sette giorni, nè ebbe gonfiore della parte da far supporre anche in piccolo aneurisma traumatico.

Vi sarà potuto essere una contusione del vaso, per quanto è poco da ammettere che un colpo di roncola possa cagionare un'alterazione anatomica di una arteria facilmente spostabile.

L'unica ipotesi, a mio credere, deve ricercarsi in un insulto del plesso simpatico periarteriale il quale sarà stato l'origine di quel processo anatomo-patologico più che mai discutibile, e non poco discusso, che produce quelle deleterie alterazioni nelle pareti arteriali, conosciute sotto varii nomi, come ad esempio: trombo-angioite obliterante; endoarterite obliterante; morbo di Buerger, ecc.

Ecco il caso da me osservato e da me operato, con la sua strana storia e la sua oscura evoluzione.

RIASSUNTO.

L'autore descrive un caso di trombo arterite obliterante della femorale in giovane soggetto consecutivo a trauma da roncola.

MEDICINA COLONIALE

Seguendo la Missione Ittiologica sui grandi Laghi Africani compresi nel Governo dei Galla e Sidama dell'A. O. I.

Capit. med. PIETRO ORLANDINI.

Nel novembre 1937 ricevetti l'incarico di accompagnare in qualità di medico la Missione Ittiologica ordinata dal Min. A. I. nel suo viaggio di ricerche sui grandi laghi Africani.

Lo scopo della Missione era la ricerca e lo studio delle varie specie di pesci esistenti nei laghi Africani, e inoltre doveva dare un giudizio sulla possibilità di sfruttamento industriale del patrimonio ittico, prodotto sia sotto forma di pesce secco e salato, sia come utilizzazione dei suoi sotto prodotti: farine e colle.

Il prof. Brunelli, direttore Generale per il servizio della pesca presso il Ministero dell'Agricoltura, ideatore e organizzatore della Missione Ittiologica, precisò i fini della Missione scrivendo che questa aveva « uno scopo eminentemente pratico, quello cioè di accertare le riserve ittiche dell'A.O.I. ».

I rilievi sia di carattere scientifico che pratico riguardanti i lavori di pesca eseguita nei grandi laghi di Etiopia verranno pubblicati dagli esperti tecnici della Missione.

Io qui mi limito ad esporre alcune considerazioni di carattere medico raccolte durante il tempo che accompagnai la Missione.

L'Etiopia è stata fino a questi giorni, un territorio chiuso ed inesplorato, anche per quel che riguardava le sue condizioni di carattere medico.

Nulla o ben poco si sa di quello che riguarda le varie malattie esistenti e predominanti in questo vasto territorio, specialmente per quel che concerne tutta la patologia tropicale.

Le poche e precise notizie di medicina e parassitologia che si ebbero fino ad oggi sull'Etiopia ci furono date dalle rare Missioni scientifiche che ebbero l'ardire e la fortuna di attraversare questo vasto territorio mantenuto fino ad ora nel più completo stato di barbarie.

Medici e specialmente ricercatori, nel vero senso scientifico della parola, qui in Etiopia non ve ne sono mai stati, fino ad ora.

Se in passato, vi furono qua e là in Etiopia e specialmente in Addis Abeba dei medici Europei, questi erano più intenti al guadagno che ad osservazioni di carattere scientifico.

Ora con la conquista dell'Impero da parte dell'Italia l'assistenza sanitaria va diffondendosi in tutti i varii centri del vasto territorio così che col tempo, data la seria coltura dei nostri medici, noi potremo individuare molte malattie, e specialmente quelle appartenenti

alla medicina tropicale e che prima si credeva non esistessero affatto o dovessero essere escluse dal territorio Etiopico.

Esporrò le brevi osservazioni raccolte durante il viaggio di lago in lago.

LAGO MARGHERITA.

La Missione, proveniente da Mogadiscio arrivò a Neghelli alla fine di settembre 1937 e ripartì il 4 novembre. Giunse sulle rive del Lago Margherita il 10 dicembre. La lentezza del viaggio fu causata dalla cattiva condizione delle strade dovuta al persistere delle pioggie.

Quando le strade saranno ultimate, e questo potrà avvenire non oltre un anno, si potrà compiere tutto il percorso di Mogadiscio-Lago Margherita in soli tre giorni.

L'approdo migliore che si offre per raggiungere il Lago Margherita è quello di Soddu, di dove vi sono circa quaranta chilometri di pista che si possono percorrere in due ore con camion.

La Missione fissò il suo accampamento al termine di questa pista, dove la riva del lago si presenta rocciosa e bassa per cui fu agevole mettere in acqua tanto il motoscafo quanto la barca di cui la Missione disponeva.

Le altre sponde del lago, specie quelle della riva opposta, sono quasi tutte paludose.

L'acqua del lago è torbida, giallastra e non salata. Filtrata è potabile e di nessun gusto particolare.

La profondità del lago non oltrepassa i venti metri.

La regione è poco abitata da indigeni che vivono solo di pastorizia.

Il suolo è arido a tipo di boscaglia Somala.

Ho trovato sulle rive del lago alcuni esemplari di mosca tzé-tzé.

Gli indigeni dimostrarono di conoscere molto bene le tzé-tzé, alle quali, essi che appartengono alla gente Uollamo, danno il nome di « Cartazä ». Sanno che la puntura di queste mosche è molto pericolosa per gli animali.

Non ho riscontrato alcun caso di malattia del sonno fra gli indigeni dei laghi dove trovai la mosca tzé-tzé.

Esaminando le carni del pesce che veniva portato ogni giorno a riva, ho riscontrato nel ventre di parecchi pesci, anche di qualità diverse, degli ammassi di piccoli vermi clindrici, somiglianti ai comuni ascaridi.

Non mi fu possibile decifrarli e assieme con il resto del materiale da me raccolto durante il viaggio, furono poi spediti al prof. Edoardo Zavattari, direttore dell'Istituto di Zoologia della R. Università di Roma.

Vi è ragione inoltre di sospettare come presenti nei pesci, sia dei laghi come dei fiumi, la presenza di parassiti dell'ordine dei Cestodi, e più particolarmente dell'ordine dei Diphyllobotrium ».

Il Brumpt, nella lista che dà dei pesci, conosciuti dei varii paesi come ospiti di larve di « Diphyllobotrium » annovera come presenti in Africa Australe i « Barbi » che esistono particolarmente nel lago Margherita.

Holmdem ha trovato il verme allo stato adulto fra gli indigeni rivieraschi del lago Nizami.

Duke ne ha segnalato tre casi nel lago Uganda fra gli indigeni abitanti quella zona.

È pure interessante ricordare che il « Botriocefalo » può vivere in compagnia della Tenia Solium e della Tenia Saginata (Brumpt) per cui qualche volta questo verme può esser scambiato per una tenia saginata dagli indigeni che vivono nella regione dei laghi e si nutrono di pesci.

Tanto più che recentemente dal materiale estratto dal fondo del lago fu trovato un crostaceo Copepode appartenente al genere dei « Cyclops » che sono gli ospiti abituali degli embrioni del Botriocefalo.

L'esistenza di larve di parassiti che si possono trovare nelle carni dei pesci che si ricavano dal lago Margherita come anche dagli altri laghi è bene sia accertata, perchè gli esperti della Missione, data la grande ricchezza di pesce del lago Margherita, proporranno la utilizzazione del pesce nella forma essicata, procedimento questo che non dà sicura garanzia di uccidere completamente le larve di Botriocefalo (Mayer).

Fra il materiale inviato all'Istituto di Zoologia della Università di Roma vi sono pure delle larve trovate nella cavità viscerale di alcuni pesci e che appunto mi sembrarono potessero esser delle larve di Botriocefalo. Gli esperti decideranno la questione.

Gli indigeni che abitavano presso il nostro accampamento, ai quali avevo mostrato delle figure di testo dei molluschi del genere « Physopsis, Bullinus e Planorbis » mi portarono alcuni esemplari di « Planorbis » l'ospite intermedio dello Schistosomum Mansoni della Bilharziosi intestinale.

Ne trovai poi io stesso altri esemplari in un acquitrino non lontano dal nostro accampamento.

Nello stesso stagno ho pure trovato alcuni esemplari del genere « Physopsis e Bullinus », ospiti intermedii dello Schistosoma Haematobium della Bilharziosi intestinale.

Joyeux, Brumpt danno la forma vescicale come molto comune in tutta l'Africa Orientale.

Milton dà una percentuale del 50 % di Bilharziosi vescicale a Nassa sul lago Vittoria Nianza sul lago Niassa.

Investigando costantemente ed esaminando sistematicamente al microscopio le urine in ogni caso di ematuria o anche di poca quantità di sangue emesso con la minzione, forse si potrebbe trovar qualche caso di Bilharziosi

vescicale fra gli abitanti delle isole del lago Margherita o fra la popolazione rivierasca del lago.

ISOLA DE VITO.

L'isola che nelle carte comunemente si trova designata col nome di Hano è stata dalla Missione ribattezzata per volontà di S. E. il Gen. Geloso, col nome di « De Vito » per onorare la memoria della medaglia d'oro tenente De Vito pilota aviatore caduto nei pressi del lago Margherita durante l'avanzata della Divisione Laghi.

È l'isola più grande del lago ed è con l'isola Gatamè una delle due uniche isole abitate del lago Margherita.

La popolazione è molto numerosa ripartita in tre differenti villaggi.

Date le sponde paludose che circondano la quasi totalità dell'isola le zanzare sono numerosissime ed ho trovato una fortissima percentuale di indigeni con splenomegalia certamente dovuta a malaria.

Non ho avuto la possibilità di fare degli esami microscopici per poter porre la diagnosi precisa di malaria in questi casi di splenomegalia e si potrebbe per ciò porre la diagnosi differenziale con la Leishmania, altra malattia questa che, insistendo nelle ricerche, non è escluso possa esser reperita anche nel territorio del nostro Impero.

I casi di splenomegalia in parola, non si manifestavano con il notevole dimagrimento e l'accentuata cachessia che è invece comune nella Leishmania, ne erano accompagnati da notevole spleno-epatomegalia.

C'è anche da considerare nella diagnosi clinica la forma differente della milza ipertrofica.

Pittaluga in Ispagna differenzia la ipertrofia splenica Leishmanica da quella da paludismo. « Nella prima, tutto l'organo aumenta uniformemente di volume, senza subire alcuna modificazione; ne segue che si percepisce facilmente alla palpazione l'incavo del bordo antero interno della milza, mentre nel paludismo è piuttosto la parte inferiore che si ipertrofizza e questo incavo non è percettibile » (Pittaluga).

Questo appunto si osservava nei nostri casi di splenomegalia dove si avevano le grosse milze dal bordo tutto uniforme e che si prolungavano notevolmente verso la regione ipocondriaca.

Se si dovessero in seguito trovare dei reperti microscopici positivi per la Leishmania, questi dovrebbero essere classificati come appartenenti al ceppo detto Mediterraneo, piuttosto che a quello Asiatico, a quello cioè che colpisce di preferenza l'età giovane.

Dice il Joyeux: « la Leishmania viscerale è molto frequente nel Sudan Anglo Egiziano. La si riscontra spesso nell'alto Nilo, Nilo Bianco, Nilo Azzurro. Di là senza dubbio ha potuto diffondersi nell'interno del continente ». Così pure si potranno trovare dei casi di Leishmaniosi cutanea e delle mucose.

Un caso sporadico di Leishmaniosi grave delle mucose è stato osservato nel Sudan dal Christoferson.

Il Mayer dice che la Leishmania cutanea è pure conosciuta nel corso superiore del Nilo, quindi può darsi che anche nel nostro territorio si possa trovare qualche caso di Leishmania in un'ulcera creduta tropicale o in qualche ulcerazione delle mucose.

Nell'isola infieriva in quel tempo una grave epidemia di vaiolo.

Dopo il nostro ritorno all'accampamento sulle rive del lago si manifestarono dei casi di vaiolo fra i nostri ascari di scorta. I colpiti però non erano fra quelli che ci avevano accompagnati all'isola, i quali tutti avevano in passato subita vaccinazione antivaiolosa con esito positivo, ma fra quelli rimasti al campo alcuni dei quali non avevano ancora subita la vaccinazione perchè da poco arrivati.

Negli individui colpiti, il vaiolo si manifestò in forma grave in quelli che non erano mai stati vaccinati e in forma lieve negli altri che avevano subita vaccinazione con esito positivo.

Usai per tutti la cura seguente: all'apparire dei primi sintomi iniettavo per via endomuscolare 0,30 di Neoiacol, addizionandolo nella stessa siringa a cinque centimetri cubici di sangue dello stesso malato, prelevandolo da una vena del braccio. Ciò per una sola volta.

Poi ogni giorno, per tre volte al giorno, li facevo pennellare abbondantemente con una soluzione forte di permanganato di potassio (metodo Dreyer) e quando questa era asciugata facevo aggiungere una pennellazione di una soluzione forte di bleu di metilene.

I risultati furono ottimi e la guarigione rapida.

Fin dal primo giorno le vescicole si arrestavano sul loro sviluppo e non ne apparivano più di nuove, ma mostravano la tendenza a raggrinzarsi e dissecarsi rapidamente.

In settima giornata circa cadeva la piccola crosta delle vescicole e non rimaneva traccia alcuna di cicatrice.

Il breve corso della malattia passava senza febbre, nè fotofobia, nè alcun altro disturbo.

In decima giornata i malati erano completamente guariti.

LAGO AUASA.

Lungo la spiaggia di questo lago ho trovato una grande quantità di molluschi vuoti appartenenti al genere Melania ospite intermedio del « Paragomimus Westermani ».

In Africa ne fu descritto soltanto un caso da Onorato a Tripoli.

LAGO LANGANA.

Fra la popolazione che vive nelle vicinanze di questo lago notai una forte percentuale di sifilitici. Questi indigeni vivono lontani dai centri popolati e il contagio si propaga fra di loro alle volte anche senza contatti sessuali. La malattia è diffusa, sia nella forma acquisita che congenita e gli indigeni mi assicurarono che l'aborto è molto frequente, il che è dovuto certo alla sifilide più che alla malaria, perchè questa in quella regione è poco diffusa.

I malati mi dissero di non avere, nè conoscere alcun medicamento empirico, nè di erbe nè di altra sorte e di non curarsi affatto della malattia. Si può qui porre la questione se si deve o no curare la sifilide negli indigeni, là dove questa è molto diffusa, o sia meglio lasciare che il male abbia il suo sfogo naturale e che la natura stessa pensi a creare gli anticorpi e a stimolare i poteri difensivi dell'organismo.

Anche trattandosi di popolazione bianca, vi sono alcuni del parere che la sifilide non va subito aggredita con i nostri medicamenti, ma val meglio intervenire in un secondo tempo, cioè quando la natura ha già incominciato a produrre le sue difese naturali.

Si sa quanto l'indigeno sia incostante nella cura. Dopo due o tre iniezioni di Neosalvarsan, si vede migliorato dalle lesioni esterne, scomparsi i dolori, si crede guarito e non lo si vede più all'ambulatorio.

Con questo malato noi abbiamo perso tempo, denaro e le nostre medicine forse gli hanno fatto più male che bene.

Si ripresenterà ancora all'ambulatorio, saltuariamente, per qualche altra iniezione di Neo e così un po' alla volta noi contribuiamo a creare degli arsenoresistenti.

Si potrà obbiettare che con la cura arsenicale si contribuisce a « sbianchire », come dicono i Francesi, il malato tanto da non renderlo più elemento infettante. Però con una cura così saltuaria e incompleta non è escluso che riappaiano degli altri sifilomi.

Si potrà fare una distinzione fra gli indigeni dei grandi centri e quelli delle popolazioni rurali.

Fra i primi bisogna annoverare le prostitute.

Con questi malati è facile poterli sottoporre a una cura regolare e continua, perchè è facile averli sempre sottocchio e tenerli sempre sotto controllo.

Per i secondi invece non si può usare metodi coercitivi e obbligarli ad una cura regolare e costante. La popolazione rurale sfugge ad ogni controllo e si sottrae agli ordini che si dovessero impartire in fatto di cura.

D'altra parte rinviare l'indigeno sifilitico che viene a noi per esser curato, non è bene.

Credo sia meglio adottare per i sifilitici indigeni delle popolazioni rurali un tipo di cura « standard » cioè uguale e uniforme per tutti.

Dapprima dovrebbe esser abolita qualsiasi cura arsenicale.

Come cura abituale dovrebbe esser usato largamente e come primo medicamento l'ioduro, dato non certo a goccie ma in soluzione.

L'indigeno, specialmente se sifilitico o framboesico, sopporta l'ioduro a grandi dosi e gli è particolarmente efficace.

Questo medicamento lo può prendere comodamente nella sua stessa capanna.

L'indigeno è più costante di noi nel prendere un medicamento quando si tratta di farne uso nella sua stessa dimora, ma invece è poco perseverante quando si tratta di recarsi altrove per prendere un medicamento, specie se si tratta di iniezioni.

Un altro medicamento pratico per gli indigeni è la pomata mercuriale di uso più semplice che le iniezioni di prodotti mercuriali, ed è utile pure come antiparassitario.

Anche le iniezioni di Bismuto credo siano da escludersi, perchè il loro effetto è troppo lento e mette ancor più a dura prova la poca costanza dell'indigeno.

LAGO ZUAI.

Un vecchio colono di Nazionalità Tedesca e residente da più di trent'anni nei pressi del Lago Zuai e che nella conversazione si dimostrò dotato di una certa coltura, mi assicurò che ha riscontrato la tenia Botriocefalo fra gli indigeni del lago che mangiano pesce.

Ciò mi confermò quanto io avevo già sospettato per il parassitismo dei pesci del lago Margherita.

Osservai fra la popolazione indigena del luogo che venne da me per cure, numerosi casi di elefantiasi, causata certamente dalla « Filaria Bancrofti ». La presenza di questa filaria si spiega data la grande quantità di zanzare di quella località, molte delle quali sono stegomie.

In vicinanza del lago, specialmente durante certe ore della giornata, si notano numerosissimi « Simulidi » il che potrebbe far sospettare la presenza di qualche caso di « Oncocercosi Africana » da « Onchocerca Volvolus ». Durante tutto il viaggio fu continua da parte degli indigeni la richiesta del felce maschio da loro ormai molto ben conosciuto e preferito al loro stesso « Koso ».

Invece del felce maschio io usavo dare l'olio di ricino col cloroformio molto consigliabile per uso indigeno.

Gli indigeni si trovano in continua occasione di reinfezione.

È quindi inutile e poco economico dar loro un medicamento costoso.

Per dare al medicamento un color nerastro che lo facesse rassomigliare al felce maschio e quindi più gradito agli indigeni al quale unicamente credono, usavo mescolarvi dell'iodio metallico che si scioglie bene tanto nel cloroformio, come pure nell'olio di ricino e dà al medicamento anche una certa proprietà disinfettante.

Questa era la proporzione usata: olio ricino gr. 40, cloroformio C.C. 3, iodio metallico ctgr. 30.

SUNTI E RASSEGNE

RICAMBIO.

Il significato della glicosuria.

(D. M. Dunlop. *Edinburgh Médical Journal*, giugno 1939).

Il sangue contiene normalmente una quantità presso che costante di glucosio perchè questa sostanza ossidata ed immagazzinata nei tessuti è proporzionalmente rifornita dalla disintegrazione del glicogeno depositato nel fegato. Di regola, in un individuo a digiuno la quantità di glucosio utilizzata dai tessuti è bilanciata dalla glicolisi per modo che il tasso del glucosio nel sangue si mantiene allo stesso livello, circa 80 mgm. in 100 cmc.

La ingestione di zucchero è seguita da un aumento della glicemia, perchè l'assorbimento da parte del tubo digerente è più rapido che non sia la sua eliminazione dal sangue in seguito alla conversione in glicogeno o all'ossidazione. Questo aumento della glicemia è massimo tre quarti d'ora dopo l'ingestione, raggiungendo talvolta i 140 mgm. per 100 cmc. Successivamente prevalgono i processi di ossidazione e di sintesi in glicogeno per modo che il tasso glicemico comincia a cadere fino a raggiungere il livello normale al massimo in due ore.

Tuttavia durante queste due ore nelle persone sane le urine non contengono glucosio, e ciò perchè il rene normale lascia passare lo zucchero solo quando la concentrazione di questa sostanza nel sangue supera i 150-160 mgm. per 100 cmc. Questo livello rappresenta la soglia renale normale per lo zucchero.

Può capitare che la glicemia superi questo limite quando l'assorbimento dello zucchero da parte dell'intestino è insolitamente rapida; si ha allora una glicosuria transitoria. Il fenomeno stesso si può verificare nel caso di insufficienza epatica, per la quale sembra che il fegato abbia bisogno di un'elevata concentrazione dello zucchero nel sangue per eccitare la sintesi del glicogeno. Ma una volta iniziata questa sintesi procede rapidamente e la glicemia come nelle persone normali ritorna entro due ore al suo tasso a digiuno. Nelle persone che non presentano sintomi netti di insufficienza epatica questa iperglicemia e la relativa glicosuria non hanno alcun significato patologico e non tendono a stabilizzarsi.

La soglia renale per il glucosio varia nei diversi individui e può variare anche nello stesso individuo. Nella maggioraza dei casi il rene lascia passare lo zucchero quando la glicemia supera i 150-160 mgm. per 100 cmc., ma questo limite può essere molto più alto e molto più basso. Vi sono diabetici che non hanno glicosuria anche con una glicemia di 300 mgm. ed individui che hanno glicosuria anche con una glicemia normale. È per questa ragione che la diagnosi di diabete non deve esclusivamente dipendere dalla presenza o meno della glicosuria.

Nei diabetici, come nei sani, l'ingestione di glucosio provoca un aumento della glicemia. Il diabetico non può ossidare il glucosio e non adoperarlo per la sintesi del glicogeno. Nè d'altra parte l'escrezione del glucosio è così rapida ed abbondante da eliminarne l'eccesso nel sangue. A complicare la situazione sta il fatto, nelle forme gravi di diabete, che l'organismo trasforma in zucchero le proteine e talvolta anche i grassi nel vano sforzo di fornire ai tessuti, che ne sono privi i carboidrati e che non possono utilizzare.

Fino a poc'anzi si ritenne che tutte le iperglicemie fossero dovute a deficienza della secrezione insulare, così come il mixedema si attribuisce ad ipotiroidismo. Si constatò, è vero, che la glicosuria e l'iperglicemia sono talvolta in rapporto con l'acromegalia, la tireotossicosi, l'iperadrenalinemia o con lesioni del pavimento del quarto ventricolo, ma il diabete classico non poteva essere causato che da insufficienza della secrezione interna del pancreas. Questo dogma trovò maggior credito in seguito ai successi dell'insulinoterapia.

Ora noi sappiamo che i fatti si svolgono in modo molto più complesso. Sappiamo che le iniezioni di estratto dell'ipofisi anteriore facilitano la glicolisi nel fegato, inibiscono la produzione d'insulina e perciò limitano l'ossidazione del glucosio e l'immagazzinamento del glicogeno, aumentano lo sdoppiamento delle proteine in glucosio ed eventualmente la trasformazione dei grassi in carboidrati. Producono insomma il quadro del diabete che può essere soltanto transitorio perchè scompare con la cessazione delle iniezioni, ma che può diventare permanente se sono somministrate grandi dosi di ipofisi anteriore.

È stato inoltre dimostrato che il metabolismo dei carboidrati è possibile nella mancanza del pancreas quando però sia cessata anche l'attività dell'ipofisi anteriore. Se ne deduce pertanto che la funzione insulare del pancreas e l'ormone diabetogeno della pituitaria hanno un'azione antagonista e controllano il metabolismo dello zucchero in modo

che la loro azione ritmica e bilanciata impedisce gli eccessi di iper- o di ipoglicemia.

In realtà però questo meccanismo compensatorio non è così semplice. L'ipofisi ed il pancreas dipendono da altri sistemi, e lo stesso metabolismo dello zucchero non dipende solo dall'attività delle dette glandole.

Così è stato notato che l'iper- e l'ipoglicemia possono riscontrarsi insieme a lesioni encefalitiche dell'ipotalamo, a tumori ipotalamici e che l'iperglicemia è frequente nelle fratture della base o nelle emorragie intracraniche.

D'altra parte è oramai accertato che il midollo delle surrenali ha anch'esso un'influenza sul metabolismo dei carboidrati, che è del tutto distinta da quella dell'ipofisi. Al riguardo va rilevato che durante le reazioni emotive si ha una scarica di secrezione surrenale che determina un rapido versamento nel sangue di glucosio liberato dal fegato e dai muscoli. L'azione delle surrenali antagonista a quella delle isole di Langerhans è evidente durante l'ipoglicemia insulinica quando nello sforzo di riportare al normale il tasso glicemico l'organismo tende a versare nel sangue una quantità notevole di adrenalina, fatto che si manifesta clinicamente con il tremore, la sudorazione, il pallore della pelle. Analogamente la glicosuria transitoria che spesso si verifica nell'ipertiroidismo è probabilmente dovuta all'ipertonia del simpatico che a sua volta produce iperadrenalinemia.

Anche la corteccia surrenale, come la parte midollare, ha la sua parte nel metabolismo dello zucchero. Nel morbo di Addison la curva della glicemia tende sempre ad abbassarsi; viceversa in casi di adenoma corticale si è constatata una notevole iperglicemia a digiuno, fino a 320 mgm. per 100 cmc.

Infine si suppone che l'estrina inibisce l'attività dell'ipofisi anteriore e si è constatato che le iniezioni di detto prodotto possono alleviare i sintomi minori del diabete.

In conclusione il tasso glicemico che dipende da un delicato adattamento fra glicogenesi, glicolisi, ossidazione dello zucchero e produzione dello zucchero dalle proteine e dai grassi è controllato da un meccanismo molto complesso. Esso non dipende esclusivamente dal grado dell'attività insulare, ma da un insieme di processi sinergici e antagonisti: essenzialmente dalle isola di Langerhans, ipofisi anteriore e midollo delle surrenali, subordinatamente dalle gonadi, dalla tiroide e della corteccia surrenale. Fatto importante: alle attività di tutte queste parti cooperano i centri nervosi dell'ipotalamo.

È ovvio che le condizioni determinate da disfunzioni di queste formazioni hanno una rassomiglianza affatto superficiale con il diabete. Ma v'è di più: lo stesso diabete può assumere sintomatologie tanto diverse da costituire quasi differenti malattie. C'è il diabete giovanile che comincia in modo acuto con sete intensa, poliuria, più o meno rapido deperimento e tendenza alla chetosi; c'è il diabete della età media o degli obesi con scarsa tendenza alla chetosi, con scarsi disturbi subiettivi, a parte il prurito, e tendenza alla cronicità; è il diabete senile accompagnato da arteriosclerosi, cataratta, e con esito in gangrena.

Il diabete senile rappresenta una delle manifestazioni dello stato degenerativo generale. Pertanto è probabile che più che ad un eccesso di ormone diabetogeno per stimolazione dell'ipofisi sia in rapporto a deficienza d'insulina determinata da degenerazione del pancreas. È noto che la tolleranza allo zucchero tende a diminuire con l'età ed è perciò presumibile che il diabete senile sia una semplice accentuazione di questa tendenza e che si verifichi in individui nei quali le alterazioni arteriosclerotiche del pancreas siano insolitamente pronunziate. Ma non è da escludere anche che l'arteriosclerosi sia una conseguenza e non la causa del diabete, e che questo sia preesistito ignorato prima di manifestarsi sintomatologicamente nella vecchiaia.

Il diabete è molto comune negli individui obesi. In genere la condizione si manifesta parecchi anni dopo che è aumentato il peso del corpo, ed ha una tendenza a scomparire con la diminuzione del peso stesso. Murray Lyon ha trovato che il fattore essenziale dell'obesità è un eccesso di consumo di carboidrati e Ogilvie sostiene che questo stimolo dietetico continuo determina dapprima un'eccitazione della funzionalità pancreatica seguita più o meno presto da una fase di esaurimento. Wesselow e Griffiths invece sostengono con molta attendibilità che il diabete grasso sia in rapporto ad iperfunzione dell'ipofisi anteriore, in base al fatto che i sintomi clinici di questo diabete sono simili a quelli prodotti dalle iniezioni di estratti di detta glandola. La glicosuria e la glicemia sono notevoli ma non influiscono gran che sullo stato generale e la chetosi è minima, in contrasto con il diabete giovanile che è accompagnato da chetosi marcata, deperimento e, quando non sia trattato, con rapido esito letale. D'altra parte il diabete grasso ha molti punti di contatto con la glicosuria che si verifica in casi di adenomi dell'ipofisi anteriore, in occasione della menopausa in donne obese nell' acromegalia, condizioni tutte nelle quali si può supporre un eccesso di funzione della pituitaria. Sta di fatto che la glicemia del diabete grasso è quella che meno risente l'azione dell'insulina.

Sono ben noti i disastrosi effetti delle infezioni che si verificano nel corso del diabete mellito ed il notevole grado d'insulino-resistenza che può aversi nelle infezioni stesse. Il meccanismo con il quale le infezioni incidono sul metabolismo dello zucchero non è ancora

chiaro. Il problema è ancora discusso anche perchè le infezioni, specie quella stafilococcica hanno influenza sulla glicemia; non solo nei diabetici, ma anche negli individui apparentemente normali possono temporaneamente ridurre la tolleranza allo zucchero ad un grado prossimo a quello del diabete.

Tutto sommato è evidente che la curva del tasso glicemico del diabete può presentarsi in una grande varietà di condizioni, a parte le tre forme caratteristiche della malattia (diabete giovanile, grasso e senile). In tutte queste condizioni, eccettuate il diabete giovanile e senile, la tolleranza al glucosio può in determinate circostanze ritornare normale. È perciò probabile che solo il diabete giovanile e senile siano in rapporto ad alterazioni del pancreas. È probabile che la forma senile sia in rapporto ad arteriosclerosi del pancreas, ma per quel che riguarda la forma giovanile ogni ipotesi è azzardata. DR.

Il problema del diabete renale.

(R. WOLF. *Mediz. Welt*, 1° luglio 1939).

Nell'individuo sano esistono rapporti definiti tra il contenuto di zucchero nel sangue e la comparsa di zucchero nell'urina: questa si inizia in genere quando lo zucchero supera nel sangue i 150 mg. %. Esistono stati patologici in cui si può avere una glicemia alta senza glicosuria, soprattutto in malattie del sistema vasale dei reni: d'altra parte vi sono casi di glicosuria mentre la glicemia è normale o anche subnormale. In queste glicosurie extrainsulari la somministrazione di glucosio fa aumentare la glicemia in modo del tutto transitorio, ciò che dimostra che l'apparato insulare funziona bene reagisce ad una aumentata glicemia con una aumentata produzione di ormone. Lo stesso si verifica nell'individuo sano che può presentare una transitoria glicosuria dopo somministrazione di forti quantità di zucchero (150-180 gr. di glucosio, 150-200 gr. di zucchero comune),

Il diabete renale, ossia la glicosuria dovuta solo ad abnorme permeabilità del rene, si riconosce soprattutto da due caratteristiche: la glicemia del glicosurico è normale ed è indipendente dalla quantità di carboidrati somministrati, ed egualmente indipendente dalla quantità di carboidrati dell'alimento e la glicosuria. Dopo prova di carico con zucchero, la curva glicemica presenta un decorso del tutto normale.

Altro sintomo che serve a differenziare la glicosuria renale da quella diabetica (l'A. riferisce un caso erroneamente diagnosticato come diabete mellito) è la completa inefficacia dell'insulina sulla glicosuria. La patogenesi del diabete renale non è ancora chiarita: la teoria locale, di una lesione dei reni, è oggi presso che abbandonata, mentre alcuni danno importanza a fattori endocrini, altri a stati di abnorme eccitabilità ed a squilibri vegetativi.

Molto simile al diabete renale è anche la glicosuria delle gravide, la cui patogenesi probabilmente non è unica e viene attribuita dai più a squilibri endocrini: è importante la differenziazione dal diabete vero, gravissima complicazione della gravidanza ma molto rara perchè solo il 5 % delle donne diabetiche riesce a concepire.

Il diabete renale non ha bisogno di terapia: astenersi soprattutto da diete rigorose e dall'insulina per evitare gli shocs ipoglicemici. L'A. ha osservato anzi un vantaggio dalla somministrazione di abbondanti carboidrati. Alcuni raccomandano le iniezioni di calcio che diminuirebbero la permeabilità del rene. Per quanto non si possa ancora dire nulla di conclusivo, pare che la somministrazione di ormone corticale agisca favorevolmente sulla glicosuria: ad ogni modo è sempre consigliabile un tentativo del genere. P.

Influenza del cloruro di sodio sulla glicemia.

(G. BALDACCI e F. RAGGI. *Giornale di Clinica Medica*, 20 maggio 1939).

I risultati dei vari studiosi sull'argomento sono discordi perchè alcuni hanno trovato iperglicemia da dosi elevate di cloruro di sodio, altri non hanno notato nessuna differenza nel tasso glicemico. altri ancora hanno osservato ipoglicemia. L'azione ipoglicemizzante sarebbe legata al Cl e si avrebbe solo se la compromissione della funzionalità pancreatica non è molto grave. Secondo altri l'azione del cloruro di sodio sarebbe a volte iperglicemizzante, a volte ipoglicemizzante, secondo lo stato funzionale del sistema neurovegetativo. Secondo alcuni l'azione iperglicemizzante dipenderebbe dal ricambio idrico nel senso che l'idremia provoca iperglicemia.

Gli AA. ripresero lo studio dell'argomento con ricerche cliniche e sperimentali.

Nell'uomo trovarono iperglicemia in 8 casi, ipoglicemia in 7, valori invariati in 4.

Nel cane trovarono che il cloruro di sodio con atropina non provoca modificazioni della glicemia, che il cloruro di sodio con insulina modifica debolmente la glicemia anche con piccole dosi di insulina e che nessuna influenza ha il taglio dei vaghi al collo in un cane con iperglicemia da cloruro di sodio. Le soluzioni usate erano quelle ipertoniche.

Secondo gli AA. le perturbazioni glicemiche sono da ricercarsi nella combinazione di due fattori: lo stato neurovegetativo e le migrazioni ioniche interessanti il sistema sangue-spazi interstiziali. Le soluzioni di cloruro di sodio determinerebbero un perturbamento fisico-chimico del sangue, in un senso o nell'altro (secondo il tono neurovegetativo), che

poi il glucosio sarebbe chiamato a compensare ristabilendo la pressione osmotica, donde possibilità di iper o ipoglicemia o di nessuna alterazione del tasso glicemico.

Essi, comunque, non condividono gli entusiasmi di alcuni sull'azione ipoglicemizzante del cloruro di sodio. L.

REUMATISMI.

Le affezioni reumatiche dell'infanzia.

(E. HÄSSLER. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 19 maggio 1939).

Le affezioni reumatiche dell'infanzia possono raggrupparsi nei seguenti quadri morbosi: 1) Poliartrite reumatica acuta (malattia reumatica delle articolazioni); 2) Endo-mio-pericardite reumatica (malattia reumatica del cuore); 3) Corea minore (malattia reumatica del sistema nervoso centrale). A queste bisogna aggiungere il reumatismo articolare cronico primitivo (Poliartrite cronica infantile o morbo di Still) ed il reumatismo articolare cronico secondario.

Il reumatismo articolare acuto è una grave malattia generale che per lo più s'inizia improvvisamente con febbre alta. È caratteristico il fatto che sono sempre colpite parecchie articolazioni grandi e piccole. Le manifestazioni morbose (gonfiore, rossore, dolore) sono fugaci e saltuarie, passano rapidamente dall'una all'altra articolazione, e nei bambini più piccoli possono essere così leggere da passare anche inosservate. I dolori possono determinare un'immobilità delle parti colpite simile ad una paralisi, che può fare scambiare l'affezione con una polimielite o con un'osteomielite.

Quando è colpita una sola articolazione si può senz'altro escludere il reumatismo. In tali casi si deve pensare alla lue, alla tubercolosi, alle artriti da infezione di altro genere, all'empiema articolare. La puntura esplorativa chiarirà la diagnosi.

Bisogna inoltre tenere presente che vi sono malattie infettive nelle quali si possono avere manifestazioni articolari più o meno analoghe a quelle del reumatismo acuto. Tale è il caso della scarlattina a tipo reumatoide. Le difficoltà diagnostiche aumentano in queste forme quando manca il tipico esantema ed è presente solo l'angina. L'ulteriore decorso della malattia può chiarire la diagnosi: la relativa benignità della malattia, l'assenza di recidive, la desquamazione della cute, le caratteristiche alterazioni delle unghie depongono per la scarlattina. Un reperto importante per la diagnosi di reumatismo articolare acuto è dato dall'esame del sangue; oltre ad una leucocitosi molto scarsa si riscontra un forte acceleramento della velocità di sedimentazione.

Di regola il reumatismo articolare si complica nei ragazzi con affezioni cardiache: secondo Ibrahim nel 60-80 % e secondo Feer nell'80-90 % dei casi. Hässler in 110 pazienti di poliartrite trovò alterazioni dei toni cardiaci 14 volte, ma successivamente si constatò che solo il 37 % dei casi non presentavano vizi di cuore. Le autopsie dimostrano che si tratta di endo-mio-pericardite quantunque clinicamente si rilevano prevalentemente lesioni endocarditiche. Per lo più è alterata la mitrale, e seguono in ordine di frequenza le valvole aortiche.

L'insufficienza aortica di origine reumatica è tutt'altro che rara. È interessante il fatto che nelle ragazze nella fase acuta della malattia si notano sintomi di grave insufficienza della mitrale e dell'aorta, mentre successivamente persistono solo i segni dell'insufficienza aortica.

Di solito nelle lesioni cardiache anche gravi il polso si mantiene relativamente regolare per molto tempo, talvolta fino alla morte. Invece nelle endocarditi incipienti si può notare in seguito a piccoli movimenti ed a lievi emozioni una tachicardia, anche quando le lesioni valvolari non sono ancora rilevate con alterazioni dei toni. Nei bambini solo di rado si verificano edemi notevoli anche con evidenti segni di scompenso, viceversa l'ingrossamento del fegato costituisce un sintoma precoce. Una certa importanza ha anche la poliuria notturna come indice di scompenso anche lieve.

La prognosi delle affezioni reumatiche del cuore non sempre è proporzionata al reperto semeiologico, in quanto successivamente si possono verificare ulteriori alterazioni che rendono sempre più grave il quadro morboso. Comunque i casi più gravi sono quelli nei quali si manifestano precocemente fenomeni di scompenso. Bisogna tenere presente che specie nella prima infanzia, le lesioni cardiache possono presentarsi da sole, non accompagnate da fatti articolari, e che sono soggette a recidive in rapporto ad attivazioni di foci infettivi (tonsilliti, vegetazioni adenoidi, carie dentarie, ecc.). Tali recidive producono nuovi danni a carico del cuore che si manifestano con ulteriori disturbi di scompenso. Di regola i casi letali sono determinati da nuove alterazioni reumatiche. Al riguardo è interessante il fatto che il cuore stesso può diventare un foco infetto, che alimenta sempre il processo morboso: è ovvio che in tal caso il destino dell'infermo è segnato.

Non è dubbio che la corea appartiene al gruppo delle affezioni reumatiche. Su 81 bambini coreici curati nella Clinica Pediatria di Lipsia 30 avevano sofferto poliartrite acuta e 33 presentavano lesioni delle valvole cardiache. Non di rado i sintomi coreici prevalgono su una metà del corpo, per modo che in genere si tratta di un'emicorea. Un segno importante per la diagnosi differenziale con altre affezioni è costituito dalla contemporanea ipotonia dei muscoli del cingolo scapolare. Nella corea non complicata con alterazioni del cuo-

re la velocità di sedimentazione delle emazie non è modificata.

Le alterazioni reumatiche sono poco frequenti prima dei cinque anni. Con questa età cominciano ad aumentare per raggiungere il massimo all'epoca della pubertà.

Nel corso del reumatismo possono aversi esantemi (urticarie gyrata rheumatica, erytema annulare). È da tener presente che l'erythema nodosum nei bambini è quasi sempre di natura tubercolare.

La patogenesi delle affezioni reumatiche è ancora incerta. È stata sostenuta la teoria infettiva (streptococco emolitico, virus specifico) e quella allergica. Maggior credito ha la teoria che si tratti di reazioni allergiche ad infezioni streptococciche localizzate nelle tonsille, nei denti cariati, nei seni ed in altri organi.

Anatomicamente l'affezione si distingue in tre stadi: 1) lo stadio dell'infiltrazione reumatica iniziale del tessuto connettivo, che dà il gonfiore; 2) lo stadio granulomatoso dei noduli cellulari (noduli di Aschoff); 3) lo stadio cicatriziale.

Il perfrigeramento e le influenze climatiche possono costituire negli individui allergici le cause determinanti delle più grossolane alterazioni dei tessuti. I noduli del rheumatismus nodosus che compaiono specialmente nelle forme gravi accompagnate da endocardite sono anch'essi grossi noduli di Aschoff. Perciò e tenuto conto che nei bambini al di sotto di cinque anni il reumatismo è molto raro, l'origine allergica è attendibile.

Un'infezione focale produrrebbe negli individui iperergici il reumatismo, nei normergici la piemia, negli ipoergici la setticemia cronica. Di quest'ultima il prototipo sarebbe il morbo di Still.

Il reumatismo cronico primitivo assume nei ragazzi due forme: il morbo di Still e la poliartrite cronica infantile.

I sintomi cardinali del morbo di Still sono: lesioni croniche di parecchie capsule articolari, tumore di milza, ingorgo delle glandule linfatiche, temperatura mutevole, nessuna tendenza a lesioni endocardiche, talvolta a quelle pericardiche, anemia, prevalenza di leucociti nel liquido articolare. Spesso nel sangue si riscontra lo streptococcus viridans.

Nella poliartrite cronica infantile non si ha mai la febbre. mancano il tumore di milza e l'anemia, sono direttamente alterati i capi articolari con tendenza alla formazione di osteofiti, linfociti e corpuscoli orizoidei nel liquido articolare (Polyartritis chronica limphocitosica in contrapposto al morbo di Still che è una Polyartritis chronica leukocytotica).

In ambo le malattie l'aumento della velocità di sedimentazione depone per la genesi infiammatoria, tossico-infettiva.

Talvolta nel corso di tutte e due le malattie si hanno gravi alterazioni delle unghie ed iriti.

Per quel che riguarda il trattamento occorre innanzi tutto eliminare gli eventuali foci infettivi. Qualora il foco fosse tonsillare è necessario procedere radicalmente con l'asportazione completa delle tonsille.

È indispensabile l'assoluto riposo a letto. L'alimentazione deve essere povera di albumina e ricca di vitamine.

Tra i medicamenti va data la preferenza al piramidone ad alte dosi (gr. 0,30 4-5 volte al giorno) e somministrato per settimane e mesi. Nelle forme settiche, come nel morbo di Still, sono da tentare i sali di oro. La trasfusione, quando esistono vizi di cuore, è pericolosa. Per i disturbi da scompenso cardiaco sono preferibili la strofantina ed i preparati di Scilla.

La corea va curata con i sedativi (bromuri, luminal) e con l'arsenico. La piretoterapia ha avuto poco successi. DR.

Sepsi dentaria in rapporto con anemia, dispepsia e reumatismo.

(J. M. VAIZEY e A. E. CLARK-KENNEDY. *Brit. Med. Journ.*, 24 giugno 1939).

Pare che già all'epoca di Ippocrate si sia richiamata l'attenzione sui rapporti tra infezioni dentarie e malattia generale. Solo nel 1818 fu descritto dal Rush un caso di guarigione di artrite dell'anca dopo estrazione di denti infetti.

Canton nel 1880 descrisse casi di infezioni dentarie con dispepsia, stipsi e sciatica. Nel 1890 Garretson notò l'associazione di periodontite cronica con stati reumatici e tossici.

William Hunter negli anni successivi insistette sull'importanza della deglutizione del pus come causa di gastrite e di anemia settica. Qualche anno dopo Billing e Rosenow pubblicarono una serie di articoli sull'infezione dentaria come causa di malattia sistemica e indicarono l'infezione apicale chiusa, rivelabile solo da una radiografia, come causa importante di tossiemia cronica, reumatismo, nefrite ed altre malattie.

Negli ultimi venticinque anni la letteratura sull'argomento è diventata vastissima.

Nelle infezioni dentarie si trovano vari germi, ma prevalgono gli streptococchi non emolitici. Dopo l'estrazione di denti infetti si possono avere streptococchi in circolo. Lo stesso si può avere per masticazione di gomma o per manipolazioni sui denti. All'estrazione dei denti può seguire endocardite infettiva se in precedenza le valvole cardiache erano colpite.

Le ricerche batteriologiche possono lasciare dei dubbi sull'etioligia, perchè non sempre è possibile avere da esse il rispetto dei classici postulati di Koch. Però non è possibile negare alle infezioni dentarie importanza notevole nella determinazione di anemia, dispepsia e reumatismo.

Per quanto riguarda l'anemia, nel 1912 Woodwark e Mackenzie-Wallis misero in evidenza i rapporto fra streptococchi nel duodeno e acloridria. Praticamente però l'estrazione di denti infetti non diede risultati terapeutici. Questi invece si ebbero coll'avvento dell'epatoterapia, quindi il rapporto etiologico fra sepsi dentaria e anemia perniciosa è ora completamente abbandonato.

Per quanto riguarda la dispepsia certamente essa è più frequente in individui con sepsi dentaria. Dubbi sono però i rapporti causali della sepsi dentaria coll'ulcera duodenale o gastrica.

Per quanto riguarda il reumatismo, alcuni casi migliorarono coll'ablazione dei denti infetti, ma la maggioranza dei casi non ne ebbe vantaggio.

Gli AA. studiarono 234 malati nei quali erano stati estratti tutti i denti per varie ragioni. Settantasei di essi avevano precedentemente sofferto di dispepsia ma sei soli erano migliorati dopo l'estrazione dei denti. Tredici avevano avuto disturbi reumatici, che erano migliorati in cinque dopo l'estrazione.

In 126 casi l'estrazione dei denti era stata fatta per ragioni puramente mediche. Di questi malati, dopo l'estrazione, 39 presentarono sintomi di dispepsia e 19 di reumatismo.

Gli AA. ritengono dubbi i rapporti largamente accolti da altri fra sepsi dentaria da un lato e anemia, dispepsia e reumatismo dall'altro e pensano che il fattore meccanico, derivante da denti alterati, abbia, nella patogenesi della dispepsia, maggiore importanza della sepsi.

L'igiene della bocca è utile sopra tutto perchè permette di conservare i denti più a lungo. Quando l'estrazione è inevitabile è necessario ricorrere al più presto ad apparecchi di protesi. L.

Utilizzazione clinica della anacoresi nelle sindromi reumatiche tossico-focali.

(R. RIKL. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 16 giugno 1939).

La teoria della anacoresi di A. Ascoli si basa sulla localizzazione di microbi esistenti nell'organismo nei punti irritati per mezzo di iniezioni sottocutanee di amido o di virus tubercolare attenuato (BCG); questa localizzazione accade anche se i microbi vengono introdotti nell'organismo solo dopo la iniezione irritante. I microbi isolati dal tessuto irritato sono sempre quelli stessi che vennero iniettati; nei vitelli spontaneamente ammalati di polmonite settica, si isola l'agente di tale malattia dalle regioni in cui sia stato iniettato il BCG. L'afflusso di germi circolanti nel sangue o annidati in qualche tessuto, verso i tessuti irritati viene indicato come la prima fase della anacoresi; ad essa segue per lo più una seconda fase se le forze difensive son pronte e sufficienti, cioè la distruzione dei microbi per formazione di un ascesso.

Fenomeni analoghi a questi sperimentali avvengono spesso spontaneamente. Se dei germi irrompono nel torrente sanguigno, vari « foci » inattivi possono richiamare a sè questi germi per anacoresi: così focolai sinusali inattivi, così alterazioni tissurali granulomatoso-infiammatorie inattive del sistema dentale, così focolai tonsillari. Una irruzione di germi nel sangue avviene in tutte le pratiche di risanamento dei « foci » infettivi: nelle estrazioni di denti, nella tonsillectomia e anche in svariati interventi operativi di altro genere come l'appendicectomia, l'operazione per ernia inguinale, ecc. Attivatisi per via metastatica i focolai fino ad allora inattivi, può mancare a causa di cattive capacità reattive organiche la seconda fase della anacoresi: si formano allora degli accumuli di germi che producono tossine, e queste riassorbite provocano una sindrome reumatica. In circa 50 casi di poliartrite tossica-focale, di malattia di Bechterew e di neuro-mialgie tossico-focali l'A. ha potuto dimostrare delle concatenazioni morbose che spiegano la sindrome dolorosa con la riattivazione anacoretica di vecchi focolai inattivi dentali, sinusali, tonsillari. La irruzione dei germi nel sangue era avvenuta in 20 casi in seguito ad appendicectomia, in 17 casi in seguito ad altri interventi operativi: in 6 casi durante la tonsillectomia, in 2 casi dopo estrazione di denti, in 5 dopo tromboflebite. Segno importante della penetrazione di germi nel sangue è la eritrocituria.

Considerazioni di ordine pratico che si possono trarre da tali osservazioni e interpretazioni impongono di eliminare possibilmente tutti i « foci », anche i più piccoli, quando si attua una terapia antifocale: in caso contrario la eliminazione di uno dei focolai fà irrompere nel sangue i germi i quali per anacoresi vanno ad attivare un altro focolaio che può diventare sorgente di tossine reumatizzanti. Purtroppo però non è possibile eliminare i focolai sinusali. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Handbuch der inneren Medizin, fondato da L. MOHR e R. STAEHELIN. III edizione, diretta da G. v. Bergmann e R. Staehelin, con la collaborazione di V. Salle. Vol. III. Due volumi di complessive pagg. 1514, con 504 figg. in parte a colori. J. Springer, Berlin, 1938. Prezzo RM. 108.

Il trattato di medicina interna di Mohr e Staehelin è ormai diventato classico anche in Italia, dopo la traduzione curata dal compianto Clerici. Questa III edizione tedesca, pur mantenendo la primitiva inquadratura è completamente rimaneggiata e notevolmente aumentata anche nel numero dei collaboratori, che vi trattano ognuno la sua partita speciale.

Questo III volume è dedicato alle malattie degli organi digerenti ed è diviso in due parti, in modo da farne dei volumi più maneggevoli. Diamo l'elenco delle materie trattate con i nomi degli autori. Alcuni capitoli costituiscono delle vere monografie per la vasta e completa trattazione; segnaliamo, fra gli altri quelli dedicati alle malattie dello stomaco e del fegato.

Mal. dei denti e delle gengive (O. Müller). Mal. della mucosa boccale e della mandibola (A. Gigon). Malattie della lingua (O. Merkelbach). Mal. delle ghiandole salivari (A. Gigon). Mal. dell'esofago (M. Lüdin).

Mal. dello stomaco (G. Katsch), interessante lavoro di oltre 320 pagine, in cui la materia è trattata a fondo con l'esposizione delle attuali vedute e dei metodi di ricerca. Ulcera peptica, Mal. consecutive ad interventi sullo stomaco, Carcinoma gastrico e Mal. gastriche rare (H. Kalk).

Mal. dell'intestino e del peritoneo (N. Henning). Mal. del pancreas (G. Katsch e J. Brinck). Mal. del fegato e vie biliari (F. Stroebe). *fil.*

Actualités médico-chirurgicales par les chefs de Clinique de la Faculté de Médecine de Marseille (quatrième série). Paris, Masson et C.ie Editeurs, pag. 193, fr. 30.

La pubblicazione, più o meno periodica di lavori sintetici sullo stato attuale della scienza medica e dei suoi progressi, anche se talvolta sono semplicemente delle nuove espressioni di vecchi concetti, sia nel campo clinico che in quello terapeutico, è divenuta un costume generalizzato a tutti i paesi di maggior cultura, e del quale indubbi sono gli utili effetti, specialmente per i medici pratici, che non hanno la possibilità di seguire il movimento scientifico nei voluminosi e costosi trattati e nelle grandi riviste.

Questa del Masson è opera riassuntiva affidata ai maggiori esponenti di una Scuola, quella di Marsiglia, e raccoglie nove conferenze compilate dai vari direttori di Clinica della Facoltà.

L'Alliez I. tratta con speciale competenza delle « psico-encefaliti infantili acute », dominate, come tutte le psicosi da infezioni acute, che insorgono nel loro stato o nella loro defervescenza, dalla confusione mentale.

Sono quei quadri, più o meno sempre gli stessi, caratterizzati dall'automatismo onirico, dal massimo disordine psichico, dal vasto e profondo disorientamento, il più spesso dall'allucinosi, e che costituiscono le sindromi da noi comprese nell'amenza. L'argomento è svolto particolarmente nei riguardi dell'Encefalite epidemica della Corea del Sydenham, dell'Acrodinia, oltre che delle malattie infettive banali dell'infanzia. Interessante è il riferimento di manifestazioni diencefaliche e mesencefaliche nel corso degli stati ansiosi nelle tossi-infezioni.

L'Audier M. si occupa ampiamente delle paralisi periferiche e centrali nei cardiaci, il Buisson P. degli episodi nervosi nella bradicardia, e altri di alcune sindromi chirurgiche, dell'insufficienza del midollo osseo, dell'influenza della insulinoterapia sulla tubercolosi nei diabetici, della patogenesi degli spasmi vascolari cerebrali. Argomenti tutti di particolare interesse, esposti in chiara e utile sintesi. G. MÒGLIE.

H. MARX. *Arzt und Laboratorium.* Un vol. in-16° di 163 pagg. con 16 figg. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 6 (25 % di sconto per l'estero).

C'è ancora qualcheduno che dubiti dell'utilità delle ricerche di laboratorio? Forse qualche *laudator temporis acti*, vecchio di mente se fosse anche giovane d'anni, esalterà il solo procedimento clinico portando l'esempio degli antichi. Ma questi, pur dovendosi limitare alla sola osservazione, avevano già accertato dei fatti, che le odierne ricerche di laboratorio meglio definiscono e spiegano, sicchè la ricerca odierna non è che un perfezionamento dell'osservazione antica. L'ippocratico *Hydropicis urina spumosa*, tradotto nei termini dell'odierna chimica fisica indica una modificazione della tensione superficiale dovuto ad aumento di colloidi nell'urina stessa, che si paleseranno al chimico come albumina; l'antico uromante, che assaggiava l'urina del diabetico, faceva anch'egli un esame di laboratorio, che noi ora sostituiamo con metodi meno ripugnanti.

Pur tenendoci pertanto lontani dall'esagerazione di affidarsi solamente od eccessivamente al laboratorio, si deve quindi riconoscere che esso può fornirci delle indicazioni veramente preziose. Una buona guida per il medico pratico la troviamo in questo libro il quale, più ed oltre che descrivere i più comuni metodi analitici alla portata del medico pratico stesso, indica gli insegnamenti ed i vantaggi che possono derivare dalle ricerche di laboratorio, gli elementi per giudicare quali di queste possano essere utili in determinati casi e le con-

clusioni che si possono desumere dal reperto di analisi.

Sono presi così in considerazione l'urina, il succo gastrico, le feci, la bile, il sangue, ecc., accennando anche a tutte quelle ricerche eseguibili soltanto dal laboratorista, ma che è opportuno che il medico pratico conosca nelle indicazioni e nel significato per poterle consigliare al momento opportuno per chiarire una diagnosi, porre una prognosi o decidere una terapia. *fil.*

A. SLAUCK. *Anleitung zur klinischen Analyse des infektiösen Rheumatismus.* Un vol. in-8° di 78 pagg., con 6 tavv. radiogr. T. Steinkopff ed. Dresden e Leipzig. 1938. Prezzo RM 5.

Se il concetto di reumatismo è tanto chiaro nelle sue linee generali, non è agevole l'orientarsi sulle precise condizioni che si riscontrano nel singolo malato, in modo da risalire alla vera causa della malattia ed intraprendere un'adatta terapia.

A questo è destinato il libro dell'A., che è direttore dell'Istituto per le ricerche sul reumatismo ad Acquisgrana. Parte preponderante nel quadro clinico del reumatismo è la tossicosi focale. Fatto di grande importanza per dimostrare la presenza di *foci* è la fibrillazione muscolare, la quale è connessa con la fissazione di tossine portate dal liquor sulle corna anteriori del midollo spinale, per cui si hanno disturbi trofici, che vanno fino alla degenerazione grassa nei muscoli striati e nel miocardio.

Un altro fatto importante messo in luce dall'A. è il significato della presenza di emazie nel sedimento urinario che, nell'esclusione di malattie delle vie urinarie, starebbe a dimostrare la presenza di infiammazione endocardica acuta.

Molti schemi e tabelle dànno una chiara visione di varie questioni inerenti all'argomento trattato. *fil.*

R. HAZARD. *Applications médicales du nouveau Codex et prescrition des substances véneuses.* Masson et C.ie Editeurs. Paris. 1939, pag. 93. Fr. 18.

È un commento breve, ma denso di tavole, elencazioni e formule, alle applicazioni mediche del nuovo Codice francese entrato in vigore nell'aprile 1938, che si propone di far conoscere ai medici e farmacisti le novità del Codice stesso, raggruppate in tre parti: quella che si riferisce alla soppressione di alcuni farmaci e medicazioni, quella che riguarda le aggiunte alla precedente legge, e infine quella che tratta delle modificazioni che vi furono introdotte. È un lavoro quindi che interessa gli esercenti le professioni sanitarie nei confini della Francia e delle sue colonie, e che al di fuori può soltanto destare un qualche interesse per chi volesse accingersi ad uno studio comparativo sulle varie farmacopee e sulle leggi che disciplinano la prescrizione, l'uso e la vendita di sostanze tossiche, e specialmente di quelle che vanno con l'attributo di stupefacenti.

Possiamo dire che su questo interessante argomento la nostra legislazione è molto più chiara, semplice e precisa, meglio corrispondente alle giuste e oneste esigenze terapeutiche, per quanto doverosamente restrittiva.

G. M.

The Proceedings of the seventh Northern Pediatric Congress. Un vol. in-8° di 472 pagg., edito a cura di A. Sundal. Numero speciale di « Acta paediatrica, vol. XXIV. Upsala, 1939.

Con un discorso di Th. Fröhlich, è stato inaugurato ad Oslo questo VII Congresso dei Pediatri nordici, di cui troviamo qui riuniti in volume gli atti.

Fra i rapporti di maggiore importanza, citiamo i seguenti: Diagnosi precoce del rachitismo (F. Knutsson). La profilassi del rachitismo nell'infanzia (N. Malmberg). Parecchi lavori sulle vitamine e sulla igiene sociale della difterite. Nuove direttive della pediatria sociale (A. Brinchmann). Il mixedema congenito (O. Marvel). L'influenza del diabete sulla crescenza (A. Sundal e E. Räihä). Studi di igiene sociale della madre e del bambino (K. Utheim-Toverud), l'allattamento (S. Rudberg), la raccolta del latte di donna (T. Salmi), ecc.

I rapporti ed i resoconti sono redatti in francese, od inglese o tedesco e si possono quindi leggere anche da chi non conosca le lingue nordiche. *fil.*

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 aprile 1939-XVII.
Presiede il Prof. R. Alessandri, Presidente.

Sulla consolidazione delle fratture transcervicali del femore.

Prof. C. Marino-Zuco. — L'O. con numerosi esempi dimostra:

1) che il tempo medio perchè inizi una consolidazione ossea è di 4-5 mesi, secondo l'età del malato e il tipo di frattura, cioè su per giù quanto ne occorre nel trattamento incruento;

2) che la sufficienza al carico inizia prima che la consolidazione sia completa, ma non si deve approfittare di essa se si vuole evitare che il collo ceda e si manifestino fatti artrosici;

3) che il callo osseo comincia a svilupparsi perifericamente nel collo, e successivamente si ricostituisce la traveatura del collo attraverso al mezzo di sintesi;

4) che finchè non è ben visibile lo sviluppo del callo è prudente non togliere il mezzo di sintesi, che è insufficiente da solo a sostenere il callo in formazione.

L'immobilizzazione delle fratture del collo del femore trattate mediante osteosintesi.

Prof. C. Marino-Zuco. — L'O. dimostra l'opportunità e l'utilità della immobilizzazione in apparecchio gessato adeguatamente costruito, dopo il trattamento della frattura del collo del femore mediante osteo-sintesi.

Paraplegia per compressione midollare da cisti da echinococco.

Prof. A. Chiasserini. — L'O. riferisce su di un caso di sindrome da compressione del midollo lombosacrale, determinata da una cisti da echinococco dello spazio epidurale corrispondente alla I-V lombare. L'asportazione porta a rapido e completo ripristino funzionale. La sede eccezionale e la localizzazione circoscritta fanno prevedere un decorso favorevole.

Il Prof. Alessandri fa notare che l'interesse del caso è nella sede epidurale e non vertebrale; nei casi a sede ossea v'è diffusione di infestazioni da echinococco, che si ripete.

Presentazione di un nuovo fonocardiografo.

Prof. V. Puddu. — L'O. descrive un apparecchio per la registrazione dei toni e dei rumori cardiaci. Esso è poco ingombrante, di facile maneggio e possiede alcune caratteristiche costruttive che ne avvicinano la sensibilità a quella dell'orecchio umano.

Un segno ascoltatorio poco noto della dissociazione atrio-ventricolare completa: il rinforzo accidentale del 1° tono.

Prof. V. Puddu. — In particolari condizioni di coincidenza della sistole atriale con la sistole ventricolare, quali si verificano accidentalmente nel blocco completo, si ascolta un rinforzo marcato e improvviso del 1° tono. Questo segno è caratteristico del blocco. Esso viene illustrato dall'O. con la presentazione di alcuni tracciati fono ed elettrocardiografici originali.

Il Prof. Giudiceandrea domanda se tra i malati esistevano ipotesi. L'O. risponde che esistevano malati a tensione varia, anche ipertesi.

L'elettrocardiogramma nella distrofia muscolare progressiva.

Dott. A. Mussafia e Prof. V. Puddu. — Gli OO. hanno raccolto i tracciati elettrocardiografici in 33 casi di distrofia muscolare progressiva. Gli unici reperti anormali vengono osservati in un caso che era affetto da stenosi mitralica ed in uno che presentava una tipica sindrome di Wolff, Parkinson e White. Un altro paziente con cuore clinicamente normale aveva un P-R allungato. Si conclude dai dati personali e dalla rivista della letteratura che nella distrofia muscolare progressiva l'elettrocardiogramma non fornisce in generale nessun elemento capace di svelare alterazioni cardiache non sospettabili.

Radicotomia completa e incompleta nel trattamento della neuralgia del trigemino.

Prof. A. Chiasserini. — L'O. comunica i risultati ottenuti in 18 casi; dà i dettagli di tecnica ed espone i vantaggi della via seguita, e i risultati ottenuti nella neurotomia incompleta della branca sensitiva.

Il Segretario: T. Pontano.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Adunanza del 14 giugno 1939-XVII
Presidente: prof. A. Pensa.

Famiglia con sindrome di Laurence-Moon-Bardet-Biedl frusta.

Dott. I. Borsotti. — L'O. descrive una famiglia nella quale, dall'unione tra consanguinei (figli di fratelli), si ebbe una prole con sindrome frusta di Laurence-Moon-Bardet-Biedl, e precisamente, accanto a due aborti sui quali mancano tutti i dati e ad un nato vivo morto subito dopo la nascita, di apparenza normale, si ebbe: un maschio con polidattilia (morto subito dopo la nascita); un maschio (vivente) con polidattilia e degenerazione tappeto-retinale della regione maculare (in più strabismo e miopia); un altro maschio (vivente) con grave degenerazione maculare e disturbi mentali di lieve entità (in più impiccolimento della sella e miopia); due femmine (viventi) senza alcun disturbo.

Esaminando i rapporti tra sindrome di L.-M.-B.-B. e idiozia familiare amaurotica giovanile, l'O. espone il parere che in mancanza di più precise conoscenze della etiopatogenesi, le due forme in base alla loro morfologia clinica, siano ancora da tenere distinte l'una dall'altra.

Complicazioni corneali della congiuntivite primaverile.

Dott. I. Borsotti. — L'O. ha potuto osservare due casi di congiuntivite primaverile con gravi complicazioni corneali. Il primo, in un soggetto di 27 anni, ammalato dall'età di 8 anni, nella Clinica Oculistica di Pavia, presentava ad OO un panno fortemente vascolarizzato, particolarmente denso nella zona equatoriale, con leggere ectasie ed irregolarità della superficie; il visus era ridotto a: OD = moto della mano a 1 metro; OS = conta le dita a 30 cm. Il secondo caso, di 12 anni osservato dall'A. nella Clinica di Ginevra, mostrava pure le cornee completamente opache, qua e là ectasiche, infiltrate e fortemente vascolarizzate; visus ad OO = conta le dita a 20-30 cm.

Essendo stato possibile accertare la diagnosi di congiuntivite primaverile, escludendo in entrambi i casi con sicurezza la forma mista con tracoma, l'O. richiama l'attenzione sulla reale possibilità di complicazioni corneali gravi nella congiuntivite primaverile; possibilità spesso non ricordata o addirittura negata anche in trattati classici e che ha invece ricevuta la conferma già da numerosi ed autorevoli AA. Il lavoro è completato appunto da una rassegna bibliografica in proposito.

Contributo allo studio dell'actinomicosi.

F. CAPELLA. — Dopo una breve esposizione delle più recenti vedute circa la sistematica e la diversa patogenicità degli Actinomiceti, l'O. riferisce di dodici casi di actinomicosi umana di tipo e sede varia (7 della faccia e del collo; 4 dell'addome ed uno del torace: tra questi di particolare interesse un caso di actinomicoma della parete addominale ed uno di empiema actinomicotico) discutendone la patogenesi e la diagnosi ed illustrandone i diversi reperti batterioscopici, istologici, culturali ed i tentativi d'innesto negli animali di laboratorio.

Rileva il rapporto quasi sempre esistente tra un processo infiammatorio comune e l'impianto dell'infezione micotica. Sostiene la necessità, ai fini diagnostici, della ricerca diretta del fungo nel pus e nel tessuto; data l'incostanza del reperto delle culture e dell'innesto negli animali.

Dopo un rapido sguardo alle diverse terapie in uso, riferisce di quelle usate nei casi esposti e dei risultati ottenuti (11 guarigioni ed un miglioramento).

Sulle lussazioni di rotula.

Dott. A. SCALFI. — L'O. illustra un caso di lussazione congenita irriducibile ed uno di lussazione abituale post-traumatica della rotula. Dopo avere enumerate le varietà di detta lussazione e discusse le classificazioni più comuni, tratta della patogenesi dell'affezione con particolare riguardo alla forma congenita, di cui indica e sostiene un particolare meccanismo patogenetico, basato su alterazioni primitive dell'apparato capsulo-legamentoso del ginocchio. Discussa la sintomatologia clinica, la prognosi e le indicazioni operatorie, ricorda in sintesi i numerosi indirizzi chirurgici, discutendo criticamente alcuni particolari di tecnica adottati nel trattamento dei due casi illustrati.

Sul comportamento della leucocitosi consecutiva a trauma nei fratturati e nei contusi.

Dott. E. LEONIDA BELUFFI. — L.O. ha studiato il comportamento della leucocitosi consecutiva a trauma nei fratturati e nei contusi e ha osservato che, poche ore dopo un trauma, compare una iperleucocitosi, di regola modesta e assai variabile nei diversi individui, che è di breve durata — da un minimo di 12 ore può protrarsi per qualche giorno — e che discende alla norma o gradualmente o bruscamente. Tale iperleucocitosi non è in rapporto con l'età, il sesso, l'estensione dell'ecchimosi e la febbre, che a volte segue al trauma, ma lo è invece con la sede e il tipo della frattura e soprattutto con l'entità del trauma nel senso che a trauma forte corrisponde una leucocitosi più alta. Essa non si accompagna inoltre a variazioni sensibili della formula leucocitaria e non ha alcun valore diagnostico potendo essere presente con le stesse caratteristiche nelle lussazioni e nelle contusioni consecutive a traumi di una certa entità.

Il Segretario.

Società Medico-Chirurgica di Catania.

Seduta del 21 maggio 1939-XVII.

Presidente: prof. S. CITELLI.

Struttura e funzione della valvola ileo-cecale.

Prof. CUTORE. — Dall'esame di sezioni istologiche in serie si desume che la tonaca muscolare dell'intestino, sia con lo strato circolare sia con quello longitudinale, partecipa alla costituzione della valvola ileo-cecale.

La presenza e l'orientamento dei fasci muscolari stanno ad indicare che movimenti attivi si compiono da parte delle pieghe valvolari.

Trattasi di movimenti destinati a provocare, in periodi alterni, ampliamenti e restringimenti dell'orificio ileo-cecale, alla dipendenza ed in continuazione dei movimenti peristaltici del tenue.

Caso di distrofia adiposo-genitale guarito con opoterapia plurighiandolare.

SCAFFIDI VITTORIO. — L'O. presenta un caso di distrofia adiposo-genitale trattato per un anno con terapia plurighiandolare a base di ormone anteriore ipofisario, di tiroide e di testicolo, nel quale si ottenne la completa regolarizzazione morfologica e funzionale dell'apparato genitale e una spiccatissima riduzione dell'adiposità, tanto da fare ritenere completamente guarito il soggetto. Gli effetti della cura si sono mantenuti e completati in un altro anno nel quale nessun trattamento venne praticato.

Vengono discusse le direttive terapeutiche da adottare nei casi di distrofia adiposo-genitale, concludendo che è possibile da adatti trattamenti ottenere la guarigione totale della malattia.

Osservazione clinica e ricerche preliminari sul virus di un caso di tifo esantematico endemico benigno.

SCAFFIDI VITTORIO. — In occasione di un caso di tifo esantematico a manifestazioni cliniche generali ed esantematiche attenuate, occorso in una giovane donna a Catania, e che clinicamente e epidemiologicamente venne assegnato al tifo benigno, si fecero delle ricerche sulla recettività della cavia e sulla maniera di reazione in essa.

Il virus della malata in ottava giornata di malattia, inoculato nelle cavie dette una precoce reazione scrotale, senza che pertanto riuscisse il reperto di rickettsie, ed istologicamente una orchite con infiltrazioni pericapillari tipiche. Nel secondo passaggio da cavia a cavia si notò una attenuazione dell'orchitropismo del virus. I ratti si dimostrarono indenni.

Viene discusso il significato della diversa reattività della cavia ai due virus petecchiali trasmessi dal pidocchio e dalla pulce e confermate in definitiva le ricerche di Previtera fatte precedentemente a Catania.

Sulle modificazioni con l'età della muscolatura delle vene di diversi distretti.

CARERE-COMES O. e CANNA S. — Gli OO. hanno studiato con un metodo di istologia quantitativa le modificazioni con l'età della muscolatura di diverse vene (femorale, gr. safena, omerale, mediana basil., giugulare int., splenica, porta, cava inf.) prelevate da 38 cadaveri. Mettono in evidenza anzitutto le analogie e le differenze di quantità, disposizione, ecc., della muscolatura delle vene dei diversi distretti. Fra le modificazioni con l'età ricordano particolarmente come in alcune vene (vene superficiali degli arti, v. cava inf.) si abbia un aumento della muscolatura dall'infanzia alla giovinezza ed una diminuzione dall'età adulta alla senilità; in altre (vene profonde degli arti, v. giugulare int.) viceversa una diminuzione dall'infanzia alla giovinezza, un aumento dall'età adulta alla senilità.

Si discutono: il possibile significato funzionale delle differenze distrettuali della muscolatura venosa e delle sue modificazioni con l'età; i rapporti fra muscolatura venosa e muscolatura scheletrica, le modificazioni presso che complementari delle vene superficiali in confronto a quelle

profonde degli arti, il significato istofisiologico della doppia stratificazione muscolare, circolare e longitudinale; ed infine i rapporti fra muscolatura e pressione venosa.

Il Segretario: G. B. COTTINI.

Società Medica del Friuli.

Sezione Culturale del Sind. Fascista dei Medici.

Seduta del giorno 26 aprile 1939-XVII

Presiede il prof. A. VARISCO.

Il trapianto osseo nella cura della spondilite tubercolare.

Prof. G. PIERI. — L'O. da 15 anni ha adottato l'innesto osseo nella cura della spondilite tubercolare, trapiantando una stecca, prelevata dalla tibia, fra le apofisi spinose (sdoppiate longitudinalmente) delle vertebre malate e di quelle immediatamente sopra e sottostanti. Egli ha finora praticato tale intervento 245 volte in 240 pazienti (5 degli operati ebbero il trapianto successivamente su due focolai).

La mortalità operatoria fu di 8 morti su 245 interventi (pari al 3,2 %). Circa i risultati, si ottenne nel 77 % la guarigione clinica: nel 15 % si verificò una guarigione apparente seguita da recidiva a distanza; nel 5 % dei casi l'operazione non sembrò avere esercitato una influenza favorevole sulla malattia: si trattava di solito di soggetti deperiti, di scarsa resistenza e si verificò la morte a scadenza più o meno breve. (L'O. mostra i preparati anatomici dimostranti la stecca ossea ben saldata cogli archi vertebrali).

L'O. precisa tre possibili controindicazioni a questo tipo di intervento: l'età (che nei suoi operati non fu inferiore ai 5 anni nè superiore ai 50), il gibbo (che non deve essere accentuato) e la presenza di tramiti fistolosi nelle vicinanze (che compromette la asepsi della cute).

Egli ha applicato inoltre con molto vantaggio questo tipo di trattamento anche nella cura delle spondiloartriti non tubercolari, nei dolori da malformazione vertebrale (spondilolistesi, emispondilo, sacralizzazione), in certe scoliosi, nelle fratture delle ultime vertebre dorsali e delle vertebre lombari, nella malattia di Kümmel-Verneuil (spondilite post-traumatica).

Colectomia d'urgenza per stenosi neoplastica perforata. Risultato a distanza.

Prof. S. MENGHETTI. — Ricordato che il carcinoma del colon si può considerare un cancro a malignità locale, l'O. riferisce la storia di una ammalata che, dieci anni prima, era stata ricoverata d'urgenza per occlusione intestinale acuta. L'O. accenna al cancro del colon ad inizio atipico, alle forme pseudo-orinarie e pseudo-appendicolari con dolorabilità del ceco per meteorismo ed ectasia di questo segmento colico, sindrome precoce di neoplasia anche delle parti distali del grosso intestino.

L'O. riferisce che fu praticato ano di derivazione sul ceco e che dopo otto giorni dalla prima operazione egli fu costretto a intervenire d'urgenza una seconda volta, per perforazione del sigma: poichè questo era assai mobile e la perforazione recentissima, si giudicò opportuno eseguire una colectomia immediata con colonrafia alla Lockhart-Mummery

Avendo detto che la storia di questa ammalata si è chiusa a 10 anni di distanza, con la formazione di un ascesso prima e poi di neoplasia a decorso rapidissimo sul ceco, l'O. conclude che per i progressi dell'esame radiologico, dell'anestesia e della tecnica chirurgica, si deve insistere sulla necessità della diagnosi precoce, non solo ma del dubbio precoce, rispetto al cancro, negli ammalati del colon, spesso affetti da poliposi ignorata, pei quali stabilita la diagnosi e tempestivamente indirizzati al chirurgo, si è ottenuto in molte statistiche più recenti, una sopravvivenza oltre a cinque anni e per un numero di operati che supera il cinquanta per cento.

Sopra un caso di pseudo-aneurisma dell'aorta addominale.

Dott. G. MINCIOTTI. — L'O. descrive un caso di pseudoaneurisma dell'aorta addominale insorto in un uomo di 60 anni che dieci anni prima era stato operato di aneurisma della femorale sinistra.

In seguito ad una lacerazione della parete aortica, in preda a fatti di ateromasia, in vicinanza del punto di emergenza dell'arteria renale sinistra, si era determinato un infarcimento emorragico della loggia renale dello stesso lato.

L'interesse del caso è rappresentato dalla sopravvivenza del soggetto per oltre un mese alla rottura della parete aortica perchè la raccolta ematica formatasi nella loggia renale agiva da tampone impedendo un ulteriore spargimento di sangue.

L'obitus è avvenuto per miocardite, mentre nel punto di rottura della parete aortica i coaguli ematici erano in via di organizzazione ed il rene presentava iniziale atrofia da compressione.

Il Segretario: dott. G. MINCIOTTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Forme poco comuni di anemie ipercromiche.

Causa della anemia perniciosa è l'assenza del « principio antipernicioso » una sostanza che agisce sul midollo favorendo lo sviluppo degli eritrociti immaturi ed inibendo la formazione di cellule di tipo embrionario. Essa può venir sostituita dalla somministrazione di estratti di fegato o di stomaco. Nei singoli casi di anemia perniciosa si riscontrano diversi fattori etiologici: essi producono però la particolare anemia solo se esiste una predisposizione costituzionale; 132 casi di anemia perniciosa sono stati osservati da H. Möschl (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 21 aprile 1939) che riferisce alcuni casi poco comuni: da lues, da sprue, da fistola sigma-digiunale, da polipi dello stomaco. Nel caso di Sprue esisteva iperacidità gastrica, evenienza rarissima: il fegato riuscì efficace solo per via parenterale. Nel caso da lues inefficacia del fegato, miglioramento invece con la cura antiluetica. Sintomo sicuro della efficacia della terapia, è già dopo soli 2-3 giorni il ritorno del colore rosso alle labbra. I casi mortali erano tutti dovuti a polmonite. P.

Ulteriori osservazioni sulle sindromi anemiche susseguenti ad operazioni sullo stomaco.

A. Chiatellino (*Giornale medico dell'Alto Adige*, marzo 1939) continuando lo studio degli stati anemici osservati in un certo numero di operati con interventi chirurgici sullo stomaco, ha fatto accurati esami emocitometrici in 472 soggetti, di cui 224 operati di resezione gastrica, 197 di gastroenterostomia e 51 di emipilorectomia.

Una prima importante constatazione fatta dall'A. è che tutti i casi di anemia riscontrati (in tutto 19) riguardavano soggetti di sesso femminile: nessuno dei 200 uomini operati presentava segni di anemia.

Una seconda constatazione è che la sindrome anemica si è manifestata sempre parecchi anni dopo l'intervento e per lo più in donne di media età, che non avevano ancora raggiunto l'epoca della menopausa.

Il quadro anemico presentato dalle pazienti era quello della anemia ipocromica essenziale od achilica, giovantesi grandemente dal trattamento intensivo con ferro ridotto; in nessun caso lo stato anemico ha dimostrato caratteri perniciosiformi.

L'etiopatogenesi di tali sindromi anemiche sarebbe rappresentata dalla carenza di ferro, per insufficiente utilizzazione di quello contenuto negli alimenti. Le cause di questa insufficiente utilizzazione devono essere ricercate in primo luogo nella complessa alterazione della funzionalità gastrica indotta dall'intervento e principalmente nella ipocloridria o nella anacloridria: con questi devono pure essere tenuti presenti eventuali altri disturbi della digestione intestinale, nonchè tutti gli altri fattori, identificabili nelle peculiari caratteristiche dell'organismo femminile, che fanno di queste anemie un appannaggio quasi esclusivo degli operati di questo sesso.

F. TOSTI.

Il trattamento delle anemie con il ferro.

Il ferro, simbolo della forza, è stato adoperato in medicina in tutti i tempi. Durante il secolo scorso ebbe gran voga per la cura delle anemie, e specialmente della clorosi. Nel 1831 Blaud indicò la sua formula a base di solfato e carbonato ferroso, formula che più o meno modificata, fu poi largamente prescritta. Seguì una reazione, il ferro andò quasi in disuso. Ora viene riabilitato: si è trovato che il ferro è effettivamente vantaggioso nella cura delle anemie.

R. M. Tecon (*Praxis*, 22 giugno 1939) ha fatto al riguardo un ampio studio venendo alle seguenti conclusioni:

1) Il ferro è il medicamento di scelta di tutte le forme di anemie ipocromiche, primarie o secondarie, semplici o complesse.

2) Deve essere somministrato di preferenza sotto forma di ferro ridotto o di carbonato di ferro, a dosi sufficientemente elevate, rispettivamente di gr. 1,5-2 e gr. 3-1; è conveniente cominciare con dosi piccole o moderate ed aumentare rapidamente, oppure abbandonare la cura nel caso che l'effetto curativo non si manifesti.

3) Contrariamente all'opinione corrente il ferro alle dosi attive contro l'anemia non è astringente, è anzi nettamente lassativo.

4) Il ferro ha un'azione notevole sulle regole delle anemiche. Può farle ricomparire, ridurle o anche renderle più abbondanti e più frequenti. Può favorire le menorragie e le metrorragie nelle anemiche che già si erano avvantaggiate del trattamento. In tali casi, che sono piuttosto rari, è opportuno ricorrere ad altri preparati di ferro sia per bocca che per via endovenosa.

5) La terapia marziale oltre che antianemica è tonica anche per i malati che non sembrano anemici; ricerche recenti hanno meglio messo in evidenza e chiarita questa azione stimolante e tonica empiricamente nota da secoli.

6) Gli altri medicamenti antianemici (fegato, rame, vitamina B, ecc.) possono riuscire utili nelle anemie ipocromiche anche non megalocitarie che resistono alla terapia marziale. DR.

Ferro ed epiteli: alcune osservazioni cliniche.

Così J. Waldenström intitola due suoi articoli (*Acta med. Scand.*, suppl. 90, pag. 381 e pag. 398, 1938).

È noto da molto tempo che la coilonichia (unghie cave, rigate e rugose) è un sintoma di anemia ipocromica e che guarisce con la cura ferrica. Gli AA. riferiscono tre casi, in cui il successo della cura ferrica fu completo.

Le ragadi alle estremità della bocca e le ulcere della lingua, di solito scompaiono durante la cura dell'anemia ipocr. essenziale: anche se non c'è anemia, queste lesioni cutanee e mucose parlano per una ipocromemia, e guariscono con la cura di ferro. Gli AA. osservarono che le difficoltà alla deglutizione della sindrome ii Plummer-Vinson, scompaiono durante la cura ferrica e senza bisogno di cure meccaniche o radiologiche. Gli AA. descrivono alcune particolarità dell'esofago in corso della sindrome ricordata. Descrivono un caso di questo genere, ma senza anemia, che interpretano come una particolare espressione di deficenza ferrica.

La sideropenia si presenta dunque con sintomi vari e con varie combinazioni di sintomi. L'unico carattere comune a tutti è il pronto effetto della cura ferrica. La diagnosi sarà confermata dal risultato del dosaggio del ferro del siero.

Per quanto riguarda i rapporti fra achilia e sideropenia, l'A. trova elementi per affermare, che molto probabilmente il fatto primitivo è la sideropenia, e che la achilia ne è espressione. Questo modo di vedere è in contrasto con la opinione corrente. Coppo.

La reattività della cute agli estratti di fegato.

D. Gigante (*I quaderni dell'allergia*, dicembre 1938) ha praticato sistematicamente numerose cuti-, intradermo- e sottocutaneoreazioni allo scopo di saggiare la reattività della cute umana agli estratti di fegato, esperimentando sia su soggetti sani, sia su affetti da varie malattie, alcune anche di natura allergica.

L'A. ha ottenuto risposta nettamente positiva solo in tre pazienti che presentavano anche ipersensibilità locale all'introduzione terapeutica di estratti epatici. In sette soggetti, apparentemente non sensibilizzati, si ebbero intradermoreazioni parzialmente positive: ma cinque di essi trattati a lungo con preparati di fegato (iniezioni intramuscolari) non dimostrarono mai fenomeni allergici.

Le prove cutanee con estratti epatici risultarono sempre negative in pazienti sia asmatici o con malattia da siero in atto, sia durante e dopo epatoterapia.

L'A. perciò conclude affermando che l'epatoterapia non deve essere ostacolata dal timore di eventuali reazioni allergiche: queste ad ogni modo si possono prevedere con sufficiente sicurezza con la cutireazione e la sottocutaneoreazione più che con l'intradermoreazione: questa avrebbe valore solo a diluizione di 1:1000 e con lunga persistenza (almeno un giorno).

F. Tosti.

Sui diversi tipi di eritremia.

Carnot (*Journal des Praticiens*, 20 maggio 1939) rileva che, prescindendo dalle false poliglobulie dovute o ad una concentrazione del sangue per disidratazione o a fenomeni vasomotori con espressione del sangue dai serbatoi di esso (milza), restano le poliglobulie effettive con aumento reale del numero delle emazie e della massa totale del sangue. Tali poliglobulie possono essere distinte in due gruppi:

1) *Poliglobulie di ordine funzionale*: hanno lo scopo di ovviare, attraverso un aumento del numero dei globuli rossi e della massa totale del sangue, ad una insufficienza dell'ematosi: si tratta di una reazione di difesa contro l'anemia e l'anossiemia.

A tale gruppo di poliglobulie appartengono la *poliglobulia da altitudine* bene studiata da Viault, la *poliglobulia delle asfissie* e *delle cianosi* osservata specialmente nel corso del morbo bleu (comunicazione congenita interventricolare con stenosi della polmonare), e la *malattia dei cardiaci neri*, descritta dagli autori argentini, di origine luetica.

2) *Poliglobulie ipertrofiche* o *neoplastiche*: in esse l'aumento delle emazie è dovuto ad un processo iperplastico degli organi ematopoietici. Se ne distinguono vari tipi clinici: così anzitutto il *morbo di Vaquez*, caratterizzato da poliglobulia, aumento della massa totale del sangue e splenomegalia, e poi la *policitemia ipertonica di Gaisbock*, che si differenzia dal Vaquez per l'assenza di splenomegalia e la presenza di ipertensione, e la *policitemia arteriopatica*, descritta recentemente da Chevallier, in cui oltre la poliglobulia e l'ipertensione si ha anche albuminuria e lesioni vascolari da arteriosclerosi.

Inoltre aumento della massa totale del sangue e del numero dei globuli rossi si ha anche in altre sindromi: così si è avuta poliglobulia in casi di troppa intensa terapia epatica, in alcune forme di tubercolosi della milza, in seguito a salassi ripetuti e in seguito ad alterazioni gastriche (ulcera duodenale o gastrica).

F. Tosti.

MEDICINA SCIENTIFICA

Rapporto fra erpete e virus B: considerazioni immunologiche ed epidemiologiche.

Sabin e Wright nel 1934 chiamarono virus B il virus isolato dal cervello e dal midollo spinale di un inserviente di laboratorio morto per mielite ascendente acuta comparsa dopo morso di scimmia apparentemente normale.

Lo stesso virus fu isolato anche da Gay e Holden, che lo chiamarono virus W.

F. M. Burnet, D. Losh e A. V. Jackson (*The Australian Journ. of Experim. biol. and med. sciences*, marzo 1939) ripresero questo studio. Essi, dopo aver ricordato che Sabin e collaboratori notarono che il coniglio è l'animale più recettivo e che, oltre ad un'eventuale mielite ed encefalite, esso produce, se iniettato nel derma, delle vescicole e che non si sono riprodotte queste lesioni nelle scimmie in America, mentre si sono prodotte nelle scimmie in Inghilterra, espongono dettagliatamente le ricerche da loro condotte.

Essi saggiarono un notevole numero di sieri di scimmie sane per la ricerca di anticorpi contro il virus B colla tecnica della membrana d'uovo e trovarono che alcuni gruppi ne contenevano e il contenuto di questi anticorpi era corrispondente al contenuto in anticorpi contro un ceppo di erpete denominato H. F.

Nei sieri di animali inoculati con virus B gli anticorpi contro l'erpete erano ad un titolo maggiore degli anticorpi contro il virus B. Il fatto che una sola inoculazione intranasale di virus B dà anticorpi fa ritenere che gli animali si infettino fin dai primi tempi della loro vita.

L'inoculazione negli animali di virus erpetico non dà anticorpi.

I sieri umani normali contenenti anticorpi erpetici hanno sempre una scarsa attività contro il virus B.

I topi inoculati con virus B hanno una certa resistenza all'erpete. I sieri provenienti da immunizzazione di roditori al virus B hanno notevole attività crociata contro il virus erpetico.

Per quanto riguarda l'erpete umano, il bambino ha spesso una stomatite aftosa che si deve considerare come un'infezione erpetica, che è accompagnata da assenza di anticorpi, nel siero. Quindi l'infezione erpetica è benigna nell'uomo.

L.

PROBLEMI CULTURALI

Il ragionamento clinico nell'insegnamento anatomico.

Perchè lo studente non impari macchinalmente a memoria nozioni teoriche che poi dimenticherà rapidamente, E. Passagge (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 23 giugno 1939) vorrebbe che l'insegnamento della istologia e della anatomia venisse sempre collegato a rappresentazioni e concezioni cliniche. Lo studente deve venir messo subito di fronte a problemi clinico-anatomici, quali la identificazione del genere e della ubicazione delle lesioni in accidenti da infortunio e la spiegazione del rapporto esistente tra queste lesioni e i vari sintomi presentati.

P.

VARIA

Disturbi musicali nell'afasia temporale.

Fr. Palisa e Schnopfhagen (*Soc. medica di Vienna, gruppo di neurologia e psichiatria*, 21 febbraio 1939) riferiscono il caso di una paziente di 69 anni che, in seguito ad un colpo apoplettico, ebbe afasia di Wernicke; nella fase regressiva dei fenomeni, colpì soprattutto la notevole disattenzione acustica, associata a gravi disturbi nel ripetere le parole. Facendo suonare, fischiare e cantare alla paziente dei canti popolari, sorprendeva specialmente il suo modo di fare, in quanto che essa ne poteva ripetere cantando soprattutto una nota romanza, ma senza attenersi alla musica dapprima eseguita, con falsa melodia, con ritmo alterato e con testo parafasico. Soltanto dopo delle settimane, essa potè ripetere altre due canzoni con una melodia press'a poco uguale, ma più tardi addivenne a contaminazioni del testo e della melodia. Il disturbo del ritmo rimase immutato.

Per i disturbi afasici della paziente, viene proposto il nome di afasia parieto-temporale con particolare disturbo della ripetizione delle parole. Come sua causa si ammette un focolaio temporo-parietale a sinistra, che corrisponde al tipico focolaio della così detta afasia di conduzione; il disturbo nel ripetere il canto rappresenta un caso speciale di quello del ripetere le parole.

Anche il disturbo del ritmo viene pure attribuito all'afasia da conduzione. Si fa rilevare che in questo focolaio localizzato a sinistra non esisteva paramusia.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

E. BRASIELLO. *Azione terapeutica degli estratti mammari nei postumi delle affezioni acute e nelle affezioni subacute della prostata.* Rassegna Clin. Terapia ecc., Roma, 1938.

E. BRASIELLO. *Estratti surrenali totali e strati adinamici tubercolari.* Rass. Clin. Terapia ecc., Roma, 1938.

P. DE FAVENTO. *Uretrite tubercolare.* L. Cappelli, Bologna, 1938.

E. BRASIELLO. *Prove di trattamento curativo e preventivo dei versamenti pleurici in corso di Pnx terapeutico mediante associazione colesterino-vitaminica.* Rass. Clin. Terapia, Roma, 1938.

B. TUMMINELLO. *Sulla possibilità di ricostituire il pneumotorace terapeutico in caso di ricaduta.* Ediz. Minerva Medica, Torino, 1939.

G. MARCOLONGO. *Sulle grandi diarree estive dell'infanzia o colera infantile.* Arti Grafiche, Gualdoni, Milano, 1939.

F. RUSSO. *Indagini sperimentali e cliniche sull'ipervitaminismo A.* Tip. Cuggiani, Roma, 1939.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Ufficiale sanitario provvisorio - Cessazione dal servizio.

Il provvedimento del Prefetto che dispensa dal servizio un ufficiale sanitario *provvisorio è definitivo?* Nel caso affermativo il ricorso dovrebbe essere diretto al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale; nell'altra ipotesi sarebbe ammesso il reclamo gerarchico al Ministero dell'Interno, salvo poi il ricorso al Consiglio di Stato contro la determinazione ministeriale.

L'art. 357 del T. U. 1934, n. 1265 contiene la seguente disposizione generale, conforme a quella dell'art. 5 del T. U. della legge comunale e provinciale 1934 n. 383: « Salvo che la legge non disponga altrimenti, contro i provvedimenti delle autorità governative inferiori è ammesso ricorso alle autorità superiori ».

Questa è la regola generale. Alcuni provvedimenti sono espressamente dichiarati definitivi, cioè non soggetti a reclamo gerarchico: ma fuori di questi casi, si applica la regola del controllo gerarchico.

L'art. 47 del T. U. 1934 si riferisce agli ufficiali sanitari effettivi, cioè titolari di un posto di organico nominati in seguito a concorso o per disposizione transitoria. Non si può quindi estendere agli ufficiali sanitari provvisori la disposizione dell'art. 47 concernente la dispensa per cause determinate.

La condizione dell'ufficiale sanitario provvisorio non è espressamente prevista dal testo unico: vi accenna soltanto l'art. 51 quando stabilisce che « il posto dell'ufficiale sanitario dimesso per fine del periodo di esperimento, licenziato, dispensato dal servizio e dichiarato dimissionario di ufficio, non può essere coperto, fuorchè in via provvisoria, fino a quando non sia intervenuta una decisione definitiva sui ricorsi proposti contro il provvedimento adottato ovvero non siano decorsi i termini per la produzione di detti ricorsi.

È, quindi, da ritenere che la dispensa dell'ufficiale sanitario provvisorio, non essendo prevista dalla legge e, quindi, non essendo dichiarata definitiva, sia soggetta alla regola che ammette il reclamo gerarchico.

La decisione del Consiglio di Stato, 16 novembre 1938 n. 836, che dichiara non definitivo il provvedimento sopra indicato, non accenna alla disposizione dell'art. 52 del T. U. 1934, la quale, per la sua formulazione generica, può generare incertezze in questo come in altri casi. Dice l'art. 52: « Contro i provvedimenti *relativi al rapporto d'impiego* degli ufficiali sanitari è ammesso ricorso per legittimità al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e in via straordinaria al Re ». Se questa disposizione si dovesse intendere in senso largo, comprensivo di tutti i provvedimenti che costituiscono, regolano, o sciolgono il rapporto d'impiego, la conseguenza sarebbe la definitività di tutti gli atti relativi al rapporto d'impiego. In tal caso non avrebbe effetto la norma generale dell'art. 357, nè avrebbero senso le disposizioni che dichiarano espressamente definitivi alcuni provvedimenti concernenti gli ufficiali sanitari (art. 37, art. 50), nè quelle che prevedono esplicitamete il ricorso gerarchico: per es. art. 47. È da ritenere che l'art. 52 non si riferisca ai provvedimenti di nomina, dispensa, licenziamento ecc. ma indichi quelli che regolano il modo di essere del rapporto d'impiego dal punto di vista della esplicazione e del trattamento economico e, comunque, designando l'organo *giurisdizionale* competente a conoscere del provvedimento *definitivo*, prescinda dalle condizioni della efficacia definitiva che sono regolate da altre norme.

Concorso - Limiti di età.

L'art. 23 del R. D. L. 21 agosto 1937 n. 1542, contenente disposizioni per l'incremento demografico, stabilisce che il limite di età fissato dalle norme vigenti per l'ammissione ai pubblici concorsi è elevato di due anni nei riguardi degli aspiranti che siano coniugati alla data di scadenza del termine per la presentazione delle domande e di un anno per ogni figlio vivente alla stessa data. Le due cause di aumento sono cumulabili fra esse e con quelle previste da altre disposizioni, purchè, complessivamente, non si superi l'età di 45 anni. Questa disposizione è estesa agli impiegati degli enti locali ed ha effetti dal 1° luglio 1937. Ne deriva che è applicabile ai concorsi banditi dal 1° luglio 1937 e quindi anche a quelli anteriori alla data di pubblicazione del decreto 21 agosto 1937, cioè anteriori al 15 settembre dello stesso anno, purchè, s'intende, fossero ancora aperti al momento della pubblicazione.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 30 novembre 1938 n. 888, ha applicato questi criteri di efficacia della legge nel tempo in un caso che presentava qualche incertezza: il concorso era stato bandito l'11 dicembre 1936 e, dopo due proroghe, era stato chiuso il 16 agosto 1937. Era stabilito il limite massimo di anni 34 alla data del bando. Questo limite era elevato ad anni 39 per uno dei concorrenti ex-combattente il quale alla data del bando aveva 40 anni e 13 giorni e chiedeva la applicazione del decreto 21 agosto 1937, frattanto annunziato dai giornali ma non pubblicato. Fu pubblicato, come si è detto, il 15 settembre 1937, cioè dopo la chiusura del concorso e, pur avendo effetto retroattivo dal 1° luglio 1937, non salvò, per giudizio del Consiglio di Stato, la condizione del non fortunato concorrente.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Le pensioni dei sanitari dipendenti da Enti pubblici.

Con legge 6 luglio u. s., comparsa sulla « Gazzetta Ufficiale » viene approvato l'ordinamento della Cassa di previdenza per le pensioni dei sanitari. Detta Cassa provvede alle pensioni ed alle indennità:

a) dei medici chirurgi e dei veterinari dipendenti dai Comuni, dalle Provincie e dalle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza;

b) dei medici chirurgi e veterinari dipendenti dallo Stato, i quali non abbiano altrimenti diritto a pensione a carico dello Stato;

c) dei medici chirurgi e veterinari contemplati dalle disposizioni speciali per l'Africa Italiana ai quali non competa altro trattamento di quiescenza o di previdenza in applicazione delle disposizioni medesime.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BERGAMO. *R. Prefettura.* — Assistenti medico e chimico presso le Sezioni di Labor. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 30 sett., ore 18. Ferme restando le altre condizioni stabilite nei bandi di concorso, per l'ammissione ai concorsi possono partecipare anche le donne.

CATANZARO. *Cons. prov. antitub.* — Direttore Sez. dispensariale di Crotone e della Sez. di Vibo Valentia. Titoli ed esami. Per ciascun posto, stip. iniz. 6000, ind. s. a. 1500; diarie fuori resid. 40 giornaliere; consentito eserc. prof. Età massima 40 a. al 19 luglio. Scad. 3 mesi dalla stessa data.

COSENZA. *F. N. F. Mutue Mal. Lavor. agric.* — Medico ispettore per la prov. Assunz. con contratto d'impiego a tempo indeterminato. Stip. mensile 2600. Scad. 30 agosto. Rivolgersi alla « Mutua », Piazza Vittoria, 16, Cosenza.

MANTOVA. *Istituto Pro Lattanti e Slattati « Dott. Enrico Soncini ».* — Direttore sanitario; titoli scientifici e pratici; L. 7000 annue e 4 quinquenni decimo; età limite 45 a. al 28 giugno; rivolgersi alla Segreteria. Scad. ore 17 del 31 agosto.

PAVIA. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale psichiatrico provinciale in Voghera; L. 15.000 e 5 aumenti decimo, supplem. serv. att. L. 4000, c.-v.; alloggio. Scad. ore 17 del 15 sett. Medico assoluto id.; L. 9500 e 5 aumenti dec., serv. att. L. 2100, c.-v.; camera, vitto nei giorni di guardia. Scad. ore 17 del 25 sett. Per i due posti i titoli scientifici e pratici; età limite 35 a. al 10 marzo. Chiedere copia dei bandi.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Uff. Sanitario per i Consorzi di Mortara e Stradella. Titoli ed esami. Per ciascun posto, 18.000, 5 aumenti del 1/10; 6000 per rimb. spese trasporto. Età massima 35 a. Scad. ore 12 del 15 sett.

REGGIO EMILIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore di Sezione dispensariale; titoli ed esami; stip. L. 10.000, 4 quadrienni dec., indenn. serv. att. L. 1334,40; è consentito il libero esercizio. Scad. ore 18 del 30 sett. Chiedere copia del bando di concorso alla segreteria, presso l'Amministraz. provinc.

TORINO. *R. Prefettura.* — Tre posti di direttore di Dispensario antivenereo nel comune di Torino; stip. annuo L. 2850 oltre c.-v. e L. 1500 per il servizio di assistente. Scad. 30 sett. Per schiarimenti rivolgersi alla Prefettura ed al Comune.

TRENTO. *Ospedale Civile S. Chiara e Pia Casa di Ricovero.* — Primario radiologo (direttore del Gabinetto di Radiologia) dell'Ospedale; scad. 15 settembre, ore 18; stip. annuo L. 3000 nette; compartecipaz. 50 %; titoli; età limite 45 a. al 25 luglio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla segreteria dell'Amministrazione ospedaliera.

TRIESTE. *Associazione Mutua fra impiegati.* — Medico specialista pediatra-chirurgo. Scad. 16 settembre. Rivolgersi alla segreteria dell'Associazione, via P. L. da Palestrina 3.

Borse di Studio.

Tirocinio di addestramento.

Dal Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubblica) è bandito un concorso per titoli per conferimento ai medici chirurghi di n. 10 borse di studio, per un tirocinio di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e di n. 10 borse per un tirocinio di addestramento nella lotta contro i tumori maligni, della durata di mesi 3.

L'ammontare di ciascuna borsa sarà di 1000-6000 o di 1000-3000 a seconda che il tirocinio verrà effettuato presso un istituto all'Estero, ovvero presso un istituto del Regno.

Sono ammessi al concorso i cittadini italiani abilitati all'esercizio della medicina e chirurgia, i quali siano addetti a istituzioni e servizi contro la tubercolosi o il cancro o, comunque, dimostrino di possedere una speciale preparazione rispettivamente nelle materie anzidette.

Le borse sono conferite ai primi graduati risultanti da due distinte graduatorie formulate dalle commissioni giudicatrici.

Gli aspiranti dovranno far pervenire al Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubblica) non oltre il 30 settembre 1939-XVII, domanda corredata dai documenti.

Chiedere copia del bando di concorso all'indirizzo predetto.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La XII borsa di studio A. Wasserman, dell'importo di L. 5000, per il perfezionamento di una dottoressa in medicina in una Università del Regno, è stata assegnata alla dott.ssa Cesarina Musante di Genova.

NOTIZIE DIVERSE

28° Congresso italiano delle scienze.

La Società Italiana per il Progresso delle Scienze (S. I. P. S.) terrà la sua 28ª riunione sociale a Pisa, dall'8 al 15 ottobre, in occasione del 1° centenario del Sodalizio; difatti la prima riunione degli scienziati italiani si tenne a Pisa dal 1° al 15 ottobre 1839, riunendo più di 700 congressisti, fra cui 49 stranieri.

Secondo le tradizioni della Società, i lavori consisteranno in discorsi generali, discorsi di classe, discussioni su temi definiti, comunicazioni individuali. Numerose Società scientifiche nazionali si aduneranno durante il Congresso come Sezioni di esso. Ai lavori parteciperanno i littori della cultura e dell'arte.

Diamo un prospetto dei lavori che possono interessare maggiormente i medici:

DISCORSO INAUGURALE: « Le vicende della Società Italiana per il Progresso delle Scienze nel primo secolo della sua esistenza ». Oratore: S. E. sen. Mariano D'Amelio, presidente della S.I.P.S.

DISCORSI GENERALI:

« Anatomia, costituzione ed educazione fisica ». Oratore: Prof. Gastone Lambertini, direttore dell'Istituto di Anatomia Umana Normale della R. Università di Siena.

« I fattori ereditarî ». Oratore: prof. Carlo Jucci, direttore dell'Istituto di Zoologia della R. Università di Pavia.

« Gli aspetti psicologici del problema della razza ». Oratore: prof. P. Agostino Gemelli, Rettore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

« Le grandi tradizioni malpighiane della clinica moderna ». Oratore: prof. Francesco Galdi, direttore della Clinica Medica della R. Università di Pisa.

« Gli apporti della scuola pisana alla patologia ». Oratore: prof. Alberto Marassini, direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Pisa.

« Lo Stato nella funzione di supremo controllo dell'alimento e del farmaco ». Oratore: prof. Domenico Marotta, direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica.

« Acclimatazione e colonizzazione dell'Africa Italiana ». Oratore: non ancora designato.

SEZIONE B-3: FISIOLOGIA E PSICOLOGIA.

Tema di discussione generale.

« La regolazione nervosa degli organi nel sistema della vita vegetativa ». Introduttore: prof. Igino Spadolini, direttore dell'Istituto di Fisiologia Umana della R. Università di Pisa.

Relazioni speciali.

« Regolazione della temperatura e variazioni della medesima sotto l'influsso di farmaci ». Relatore: prof. Emilio Trabucchi, direttore dell'Istituto di Farmacologia della R. Università di Modena.

Avvertenze: 1) La Sezione di Fisiologia si riunisce anche alla Sezione di Patologia per discutere sul tema: « La fisiopatologia della milza ». 2) La Sezione di Fisiologia si riunisce, inoltre, alle Sezioni di Zoologia, di Botanica e di Antropologia per svolgere il tema: « Il concetto di razza ».

SEZIONE B-4: PATOLOGIA.

Tema di discussione generale.

LA FISIOPATOLOGIA DELLA MILZA.

Rapporti introduttivi — Relatore: prof. Giuseppe Vercellana, direttore dell'Istituto di Patologia Generale della R. Università di Parma.

« Patologia della milza ». Relatore: prof. Giovanni Di Guglielmo, direttore della Clinica Medica Generale e Terapia Medica della R. Università di Catania.

Relazioni speciali.

« Radioterapia delle splenopatie ». Relatore: prof. Armando Rossi, direttore dell'Istituto di Radiologia della R. Università di Parma.

« Trattamento chirurgico delle splenopatie ». Relatore: prof. Ettore Ruggieri, della R. Clinica Chirurgica di Roma.

« Interdipendenze spleno-endocrine ed influenza della milza sulla crescenza ». Relatore: prof. Francesco Schiassi, direttore dell'Istituto di Patologia Medica di Bologna.

Avvertenza: Alla discussione generale della Sezione di Patologia partecipa anche la Sezione di Fisiologia.

SEZIONE C-6: STORIA DELLE SCIENZE.

Tema di discussione generale.

« Il primato scientifico dell'Italia ». Introduttore: prof. Sabato Visco, direttore dell'Istituto di Fisiologia Generale della R. Università di Roma.

RELAZIONI ANNUALI SULL'ATTIVITÀ SCIENTIFICA E TECNICA IN ITALIA.

« Attività svolta in Italia nel campo della chimica biologica, durante gli anni XIV, XV, XVI e XVII E. F. ». Relatore: prof. Giovanni Moruzzi, della R. Università di Bologna.

« Attività svolta in Italia nel campo della farmacologia, durante gli anni XIV, XV, XVI e XVII E. F. ». Relatore: prof. Alfredo Chistoni, della R. Università di Bologna.

« I contributi italiani alla patologia generale, durante gli anni XVI e XVII E. F. ». Relatore: prof. Bruno Polettini, direttore dell'Istituto di Patologia generale della R. Università di Padova.

« I contributi italiani alla patologia speciale, durante l'anno XVII E. F. ». Relatore: prof. Enzo Antognetti, della R. Università di Roma.

La Presidenza della Società ha deciso la pubblicazione di una grande opera commemorativa scientifica intitolata: « Un secolo di progresso scientifico italiano: 1839-1939 » e che dovrà apparire nel prossimo ottobre, alla quale contribuiranno le 22 Sezioni scientifiche della Società.

Fra le iniziative approvate è la ristampa del volume degli « Atti » dello storico « I° Congresso dei Dotti », tenuto a Pisa, come si è detto, dal 1° al 15 ottobre 1939 e, inoltre, la ristampa della magnifica monografia del grande patriota Attilio Hortis, presentata alla Riunione di Trieste del 1921, sulla storia delle Riunioni scientifiche italiane nella prima metà del secolo passato; la riproduzione della medaglia commemorativa galileiana, offerta ai partecipanti al Congresso del 1839; infine, la costituzione a Pisa di una « Domus galileiana », in cui siano raccolti cimeli del

creatore del metodo sperimentale, gloria immortale italiana, e una biblioteca delle edizioni delle sue opere.

Sono in programma varie gite.

Tutta la corrispondenza relativa alla organizzazione scientifica della XVIII Riunione va indirizzata impersonalmente alla S.I.P.S., XXVIII Riunione, Roma, piazzale delle Scienze, 7.

Invece, la corrispondenza relativa agli alloggi, escursioni, viaggi, ecc., ed a qualsiasi altra informazione locale (a Pisa) va diretta esclusivamente al Comitato Ordinatore della XXVIII Riunione della S.I.P.S., Regia Università, Pisa.

11° Congresso internazionale di medicina e farmacia militare.

Per questo Congresso, il quale cadrà nel 1941, sono stati fissati i seguenti temi di relazione:

1) Il trattamento iniziale e gli apparecchi per il trasporto dei fratturati agli arti inferiori in tempo di guerra. Paesi relatori: Svizzera, Gran Bretagna, Brasile.

2) Intossicazione da gas delle polveri esplosive durante i combattimenti navali. Rel.: Germania, Francia.

3) Il compito del servizio di sanità militare nell'assistenza medico-sociale alle popolazioni indigene dei paesi coloniali. Rel.: Francia, Italia, Olanda.

4) Protezioni degli aviatori contro gli effetti nocivi delle accelerazioni e in particolare delle accelerazioni angolari. Rel.: Svizzera, Italia.

5) I medicinali compressi usati in medicina militare: loro valutazioni; metodi d'analisi e dosaggio dei principî attivi. Rel.: Svizzera, Romania.

6) Le funzioni eventuali del dentista militare in periodo d'attività intensiva nella zona del fronte e sino alle formazioni dei corpi d'armata esclusivamente. Rel.: Svizzera, Giappone.

7) Il servizio sociale dell'assistenza morale nell'Ospedale militare; occupazione e distrazioni; assistenza individuale e familiare. Rel.: Svizzera, Stati Uniti d'America.

4° Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia.

Organizzato dall'Unione Italiana di Assistenza all'Infanzia, si terrà in Roma, nei locali della Città Universitaria, nei giorni 9, 10 e 11 ottobre 1939-XVII, il XIV Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia.

L'importanza dei temi che saranno trattati e la loro stretta aderenza all'intensa attività che il Regime va svolgendo nel campo assistenziale, e le numerose adesioni già preannunziate da parte di Enti pubblici e privati e di eminenti sanitari, pediatri e giuristi di tutto il mondo, nonchè la partecipazione dei Governi esteri, richiameranno sui lavori del Congresso l'attenzione di quanti s'interessano dei problemi attinenti alla protezione dell'infanzia dal punto di vista igienico-sanitario, giuristico e sociale.

Le adesioni al Congresso si ricevono nella Segreteria dell'Unione Italiana di Assistenza all'Infanzia in Roma.

Congressi e convegni vari.

La Società tedesca dei medici oto-rino-laringologi si adunerà dall'8 all'11 maggio 1940 in Stoccarda. Temi: « Clima naturale e artificiale » (basi fisiche dell'azione biologica del clima; climatoterapia in oto-rino-laringoiatria); « Fratture della base del cranio ».

Il 6° Congresso internazionale di radiologia è indetto a Berlino dal 31 luglio al 4 agosto 1940, con vasto programma. Rivolgersi al segretario generale prof. dr. W. Baensch, Liebgstr. 20, Leipzig C 1.

Dal 10 al 14 luglio si è riunito a Londra, nei locali dell'Associazione Medica Britannica, il 9° Congresso imperiale d'igiene sociale; vi intervennero più di 150 delegati.

Un convegno per lo studio del sangue e degli organi emopoietici si terrà dal 4 al 6 settembre a Madison (Stati Uniti d'America). Rivolgersi a: Dr. Ovid O. Meyer, Chairman of Program Commettee, Institute for the Consideration of the Blood and Blood-Forming Organs, University of Wisconsin Medical School, Madison, Wis., S. U. d'A.

L'« Associazione per la fotografia biologica » degli Stati Uniti, terrà il suo 9° convegno annuale a Pittsburg, nell'Istituto Mellon per ricerche industriali. Rivolgersi a: Secretary of the Biological Photographic Association, University Office, Magee Hospital, Pittsburgh, Pa., S. U. d'A.

Il 6° Congresso nazionale dei medici artisti si svolgerà a Salsomaggiore, dall'8 al 10 ottobre, con vasto programma, tra cui la rappresentazione di tre lavori drammatici (con la partecipazione dell'attrice Anna Carena), la proiezione di una cinematografia (« Vita nella scogliera sommersa » del dott. Armando Fasanotti) e la partecipazione alla commemorazione verdiana (per il primo centenario di « Oberto Conte di San Bonifacio »).

Si è svolto a Stoccolma il 17° Congresso della Federazione internazione dell'abitazione e dell'urbanesimo, sotto l'alto patronato del Principe Ereditario di Svezia; vi hanno partecipato le delegazioni di 30 Nazioni.

Il 1° Congresso rumeno d'endocrinologia si è tenuto a Bucarest, nei locali della Facoltà medica, sotto la presidenza del prof. Parhon. Alla cerimonia inaugurale intervenne il ministro della sanità pubblica, gen. med. Marinesco.

Federazione internazionale per le piante officinali.

Dal 26 al 28 luglio hanno avuto luogo all'Aja le sedute del Comitato esecutivo permanente della Federazione internazionale per le piante medicinali aromatiche ed affini. Erano presenti quasi al completo i delegati delle varie nazioni facenti parte del Comitato direttivo, fra questi: il prof. Perrot, farmacologo dell'Università di Parigi, presidente delegato della Francia, il prof. Boshart, capo dell'Ufficio piante medicinali del Reich, per la Germania, insieme col prof. Dafert, dell'Università di Vienna, segretario generale, il prof. De Graaff prossimo Rettore dell'Università di Utrecht, il prof. Flüch dell'Università di Zurigo. L'Italia è stata rappresentata dal proprio delegato prof. G. Sabatini, direttore della Clinica medica della R. Università di Genova, il quale da vari anni rappresenta il Governo fascista

in seno alla Federazione internazionale e dal Comitato direttivo permanente.

Fra gli argomenti messi all'ordine del giorno erano: la riforma dello Statuto della Federazione internazionale che in gran parte è stata elaborata dal Sabatini; la standardizzazione internazionale delle droghe; la pubblicazione del Codice internazionale erboristico; la pubblicazione di un bollettino internazionale di informazioni scientifiche; le nuove forme di quotizzazione dei Governi aventi delegazioni ufficiali.

Il prof. Sabatini ha attivamente partecipato alla risoluzione di tutti gli argomenti discussi ed è stato alla fine vivamente elogiato. Le sue proposte sono state accolte e fra esse quella di tenere a Roma nel 1942 il settimo congresso della Federazione, che dovrà rendere esecutivo lo statuto. Il presidente è stato incaricato di fare presso il Governo fascista i passi necessari, designando per conto della Federazione internazionale il prof. Sabatini quale presidente del congresso.

Centri odontoiatrici in Albania.

Il Luogotenente generale medico Amedeo Perna, i maggiori Alessandro D'Alessandro e Domenico Pattavia, il centurione Alberto Nizia e il tenente Nicola Poli, medici specializzati in odontoiatria, si recano in Albania per impiantarvi, in varie regioni, centri permanenti odontoiatrici.

Tali centri di propaganda, di profilassi e di cura, destinati a continuare l'opera compiuta dalla Missione sanitaria inviata dal Partito, saranno per ora organizzati a Scutari, Berat, Valona, Argirocastro, mentre sarà perfezionato il funzionamento di quelli già costituiti dalla Missione stessa ad Elbassan e Coritza. Nei centri, oltre ai bambini ed ai giovani albanesi, saranno curati anche gli appartenenti alle Forze armate.

Il Segretario del Partito, che ha ricevuto i componenti la Missione, si è vivamente compiaciuto per il vasto programma di lavoro che si va a svolgere in Albania.

Azioni giudiziarie.

Il titolare di un gabinetto dentistico della città di Torino doveva praticare l'estrazione di un dente cariato; ma per inavvertenza, attanagliò un dente vicino sano e dette uno stratto; accortosi dell'errore, cercò di consolidare il dente smosso nel proprio alveolo, mediante legatura; ma sopravvenne un'infezione, che ebbe lunga durata e che richiese un raschiamento del mascellare. Il cliente, un capitano dei granatieri, si è rivolto all'autorità giudiziaria. In esito a perizie e contro-perizie il dentista è stato rinviato a giudizio, per rispondere di lesione colposa.

La Corte d'Appello di Poitier ha reso un giudizio interessante, in fatto di responsabilità medica per errore diagnostico. Nel febbraio 1937 il dott. G. diagnosticò una cisti ovarica nella signorina C. Per escludere l'eventualità di una gravidanza, egli prescrisse una reazione di Brouha, che venne eseguita in un laboratorio dei dottori V. e P.; il risultato fu negativo. Il 9 aprile il dott. G. intervenne; ma, trovato un utero gravido, richiuse l'addome. Il 16 giugno veniva alla luce una bambina, tuttora vivente. La signorina C. intentò causa contro il medico, chiedendo 200.000 franchi d'indennizzo per i danni causatile dall'errore diagnostico, tanto più grave in quanto precedentemente altri due medici avevano riconosciuto la gravidanza. Ella imputava al medico anche di essersi basato sull'esito della reazione, senza avvedersi che era avvenuto uno scambio, poichè l'analisi si riferiva alla signora S. Il Tribunale di Montmorillon rigettò la richiesta della parte agente; ma è seguito un giudizio d'appello. I dottori V. e P., chiamati in causa dal dott. G., hanno escluso uno scambio d'analisi ed ammesso un *lapsus calami;* difatti il nome S., segnato, non corrispondeva ad alcuna cliente, ma al nome di uno dei collaboratori dell'autore della reazione, prof. Brouha. La Corte d'Appello ha escluso la responsabilità del laboratorio. Ha ammesso che il dott. G. abbia agito con leggerezza, poichè un esame più scrupoloso prima dell'operazione avrebbe fatto riconoscere la gravidanza, giunta ormai al 7° mese. Ha ammesso però che si è trattato di un errore lieve ed ha pronunziato condanna del medico a 8000 franchi d'indennizzo. Le spese processuali sono state addebitate per tre quarti al medico e per un quarto alla cliente.

Un po' dovunque.

La « Gazz. Uff. » pubblica il R. Decreto 27 marzo, concernente modificazioni statutarie portate all'Istituto fascista dell'Africa Italiana. Il decreto stabilisce, fra l'altro, 6 Sezioni, di cui una per le scienze fisiche e naturali ed una per le scienze mediche.

Per iniziativa della « Sanitaria Arnaldo Mussolini », facente capo all'Istituto Nazionale di Previdenza e Credito delle Comunicazioni, si sono tenuti corsi di istruzione elementare d'igiene e medicina domestica, nelle principali città, distribuzione di 1700 pacchi sanitari pel pronto soccorso, ai frequentatori più assidui.

L'Ente ha allo studio l'impianto di nuovi ambulatori generici e specifici.

Il prof. Zeusctsu Ohya ha pubblicato, coi tipi della Casa editrice medica Kanehara di Tokyo-Oseka-Kysto, un « Dizionario italiano-giapponese delle scienze mediche », di 407 pagine, sotto gli auspici del « Giornale di psichiatria e di neurologia »; è presentato dal prof. Gaetano Boschi.

La Società Medico Chirurgica Bergamasca si è adunata l'8 luglio, con la presidenza del prof. S. Lussana. Sono state fatte comunicazioni da: S. Minelli, L. Galeazzi (due comunicaz.), S. Lussana.

Tra il « Reichstuberkulose-Ansschuss » e la « Federazione nazionale italiana fascista per la lotta contro la tubercolosi » si è stipulata una convenzione, che ha lo scopo di una collaborazione fra i due Enti.

La Società sarda di ostetricia e ginecologia si è adunata a Nuoro il 29 giugno, con la presidenza del prof. E. Maurizio, assistito dal segretario prof. E. De Biasi; vi sono state fatte 12 comunicazioni.

La Sezione di cultura del Sindacato fascista medici della provincia di Vercelli si è adunata il 26 luglio, con la presidenza del prof. U. Ferri. La seduta ha riguardato per intero le leptospirosi. Sono state fatte comunicazioni da: P. Mino, Maria Cormegna, C. Gennaro, G. Ghisio, V. Darvello, G. Ghisio-V. Darvello

Il prof. Louis Bonnet di Parigi ha tenuto, nell'Università di Erlangen, per invito fatto dal rettore in nome di quella Società fisico-medica, una conferenza sull'insufflazione tubarica osservata al chimografo.

Si è iniziata la pubblicazione, a Bilbao, di « Mepys » (Medicina española preventiva y social), giornale destinato a volgarizzare la medicina preventiva e sociale che va assumendo molta parte nel nuovo stato spagnolo; nonchè a sostenere gli interessi della famiglia medica, senza la quale non sarà possibile una organizzazione sanitaria efficiente. È a periodicità mensile; è diretto da Enrique Ocharan.

La piccola italiana Tina Cozzoli di 9 anni ha mandato, da Molfetta, il suo salvadanaio all'erigendo Ospedale di Chieti, sua città natale, con una sentita lettera. L'atto gentile è stato segnalato ed elogiato dal commissario dell'ospedale, dott. Carlo Travaglini.

A Trieste sono stati arrestati tredici contrabbandieri di eroina; l'associazione aveva diramazioni a Marsiglia ed in altre città costiere dell'Europa e dell'America. A Sussak sono state fermate tre persone in rapporto con essa.

Due mesi dopo Carlo Orazio è deceduto il fratello maggiore GUGLIELMO MAYO, che da un dodicennio si era ritirato dalla Clinica di Rochester, ove continuava solo una moderata attività come consulente. Dell'illustre chirurgo daremo prossimamente una necrologia.

La mattina del 19 luglio è mancato ai vivi il dott. prof. RODOLFO SCHWARZ, chirurgo emerito dell'Ospedale Civile di Vicenza.

Nato a Vicenza nel 1864, laureato a Padova nel 1888, fu per tre anni assistente di Guido Tizzoni ed ebbe quindi la rara ventura di formarsi alla scuola di Edoardo Bassini, di cui fu assistente e successivamente aiuto, fino al 1895.

Libero docente in medicina operatoria fu incaricato nell'Ateneo di Padova dell'insegnamento di questa materia dal 1896 a tutto il 1922.

Nel 1895 fu nominato a seguito concorso chirurgo primario in Adria, posto che tenne fino al 1903, quando, pure per concorso, ebbe la nomina di chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Vicenza.

Nell'Ospedale di Vicenza per ben 24 anni il prof. Schwarz ha profuso i doni del suo sapere, della sua abilità e del suo nobile cuore, dedicando, ben si può dire, la parte migliore della sua vita a ridonare la salute a migliaia di infermi e a sollevare le sofferenze.

La sua attività scientifica è documentata da 28 pubblicazioni, in parte sperimentale, in parte di interesse clinico, riflettenti i più diversi campi della chirurgia.

È doveroso ricordare che il prof. Schwarz, cresciuto nell'èra dell'antisepsi, di cui si era fatto tenace e preciso osservatore, aveva contratto, vera vittima del dovere, una affezione renale, per la quale dovette anzi subire ancora in giovane età un intervento chirurgico.

Rodolfo Schwarz sarà sempre ricordato come professionista colto, come operatore accorto e valente e come uomo modesto e di grandissimo cuore.

Indice alfabetico per materie.

Actinomicosi: contributo allo studio . *Pag.* 1478
Afasia temporale: disturbi musicali . . » 1484
Africa Or. It.: rilievi . . . . » 1465
Anatomia: insegnamento . . . . » 1484
Anchilostomiasi: l' — . . . . » 1455
Anemie conseguenti ad operazioni sullo stomaco . . . . » 1480
Anemie ipercromiche: forme poco comuni . . . . » 1480
Anemie: trattamento con ferro . . . . » 1480
Aorta addom.: pseudo-aneurisma . . . » 1479
Bibliografia . . . . » 1475
Colectomia d'urgenza per stenosi neoplastica perforata . . . . » 1479
Concorso: limiti d'età . . . . » 1485
Congiuntivite primaverile: complicazioni corneali . . . . » 1478
Cuore: un segno di dissociaz. atrio-ventricol. . . . . » 1477
Diabete renale: il problema del — . . » 1471
Distrofia adiposo-genitale: opoterapia . » 1478
Distrofia muscol. progr.: elettrocardiogramma . . . . » 1477
Erpete e virus B: rapporto . . . . . . » 1483
Eritremia: diversi tipi . . . . » 1483
Estratti di fegato: reattività della cute agli — . . . . » 1483
Femore: fratture del collo . . . . . . *Pag.* 1477
Ferro ed epiteli . . . . » 1483
Fonocardiografo . . . . » 1477
Glicemia: influenza del cloruro di sodio » 1471
Glicosuria: significato . . . . » 1469
Neuralgia del trigemino: radicotomie » 1477
Paraplegia per compressione midollo da cisti di echin. . . . . » 1477
Pensioni di sanitari . . . . » 1486
Reumatismi nell'infanzia . . . . » 1472
Rotula: lussazioni . . . . » 1478
Sepsi dentaria in rapporto con anemia, dispepsia e reumatismo . . . . » 1473
Sindrome di Laurence-Moon-Bardet-Biedl frusta famigliare . . . . » 1477
Sindromi reumatiche tossico-focali e anacoresi . . . . » 1474
Spondilite tubercolare: trapianto osseo » 1479
Tifo esantematico endemico benigno . » 1478
Traumatismi: leucocitosi consecutiva . » 1478
Trombo-arterite obliterante traumatica della femorale . . . . » 1462
Ufficiale san. provvisorio: cessaz. dal servizio . . . . » 1485
Valvola ileo-cecale: struttura e funzioni » 1478
Vene: muscolatura: modificazioni con l'età . . . . » 1479

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 21 Agosto 1939 - XVII — Num. 34

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Note e contributi: E. Milani: Considerazioni sul valore pratico della colecistografia. — B. Nardone: Glutationemia in caso di ossigenoterapia nella tubercolosi polmonare.
Osservazioni cliniche: G. Mesirga: Sopra un caso di versamento emorragico in caso di pneumotorace terapeutico.
Sunti e rassegne: Chirurgia generale: R. Remy: Rapporto fra le variazioni postoperatorie della diuresi, dell'azotemia e della cloruria in rapporto colla temperatura. — D. Kulenkampff: La narcosi nella pratica comune. — Stellectomia: L. Biancalana: La cura chirurgica delle sindromi di Menière. La stellectomia per le sindromi post-otitiche. — R. Leriche e R. Fontaine: Risultati lontani del trattamento dell'asma bronchiale con la stellectomia. — Ossa: E. Barengo: L'importanza del dosaggio della fosfatasi plasmatica nei portatori di tumori metastatici delle ossa. — Roche: Ricerche biochimiche sulle reazioni generali dello scheletro in seguito a frattura di un osso ed unità fisiologica del sistema osseo. — Terapia: P. Delore, Coudert e Domunt: Studio critico sulla medicazione espettorante. — Miscellanea: W. Knoll: Fenomeni di adattamento durante lo sport. — F. Velasco Montes: La malattia di Werner Schultz.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Medica del Friuli. Sezione Culturale del Sind. Fascista dei Medici.
Appunti per il medico pratico: Casistica e terapia: Le emorragie intraoculari recidivanti dei giovani. — La vitamina C nell'occhio senilizzante. — Le fratture della base del cranio. — Il trattamento delle fratture costali con una cintura elastica. — Il trattamento delle grandi emorragie da ulcera peptica. — La morfologia e la funzionalità della colecisti nell'ulcera gastroduodenale. — La linfogranulomatosi dello stomaco. — La pseudoachilia. — Medicina scientifica: Il ricambio dei cloruri degli ulcerosi gastroduodenali. — Sul comportamento della glicemia alimentari nei ciclisti. — Varia.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

Considerazioni sul valore pratico della colecistografia.

Prof. Eugenio Milani
Primario Radiologo nell'Ospedale del Littorio. Roma.

L'aver scelto un giornale di medicina pratica per impostare — almeno nelle sue linee principali — uno dei tanti problemi legati al capitolo della *colecistografia* (su cui i radiologi hanno versato fiumi di inchiostro) corrisponde a una necessità di portare sul campo pratico certi determinati problemi che sono finiti per diventare anche per il radiologo discretamente confusi sotto la messe di lavori e di contributi che si accumulano ogni giorno sull'argomento. Nè le cose che brevemente esporrò vogliono essere peregrine: perchè il bisogno di chiarire certi problemi è comune a tutti quei radiologi che nella pratica clinica o nella pratica ospedaliera si trovano a contatto con le stesse difficoltà nella discussione giornaliera, che affiata nel comune lavoro il radiologo e il medico o il chirurgo.

È certo che si è fatta strada fra i radiologi la convinzione che è ora di fare una revisione di tutti quei problemi legati alla colecistografia e che costituiscono qualche volta dei veri castelli di carta. Il metodo colecistografico che prende il nome da Graham ha portato — con la possibilità di visualizzare nel vivente la cistifellea — qualche cosa di veramente nuovo nel campo della radiodiagnostica; ma il tempo che è passato oramai dall'introduzione del metodo (quindici anni circa) ha fatto anche giustizia di molti dettagli che si sono sovrapposti o hanno deformato il metodo originale.

È ormai convinzione di tutti i radiologi che il metodo endovenoso colecistografico, il metodo orale sia a dose unica o frazionata si *equivalgono perfettamente* purchè bene condotti: ma è anche vero che per ragioni contingenti si è costretti nella pratica ospedaliera a preferire il metodo endovenoso non perchè sia più semplice ma perchè ci mette al riparo degli errori che provengono dalle difficoltà di

sorvegliare la preparazione da parte dei malati. L'opacità dell'ombra della cistifellea nel metodo orale non lascia nulla a desiderare rispetto a quella che si ottiene nel metodo endovenoso.

Il preparato da iniettare per via endovenosa o da prendere per bocca ormai non dà più inconvenienti e le Case Italiane hanno messo sul mercato dei preparati perfetti.

La preparazione del malato ha senza dubbio una parte importante specialmente nella colecistografia orale: ma la preparazione in mano di molti radiologi ha qualche cosa di misterioso e di complesso da far pensare a una vera iniziazione di misteri religiosi. Il medico pratico sa oramai che è necessario, prima di somministrare la tetraiodo (quale che sia l'etichetta con cui la casa di prodotti medicinali copre il prodotto) di fare al mattino una buona pulizia intestinale (clistere); quindi al mezzogiorno il paziente potrà fare il suo solito pranzo. È inutile parlare di pasti grassi e di pasti semimagri: il pasto comune coi suoi condimenti è più che sufficiente come stimolo alimentare biligenetico e come stimolo colecistocinetico in modo che la colecisti sia preparata ad accogliere la nuova bile opaca.

Si può permettere al paziente (nel caso della somministrazione orale di tetraiodo) un pasto leggero verso le 7 pom. quindi verso le 9 della sera si somministra la tetraiodo. Nel caso che la somministrazione debba essere endovenosa il paziente manterrà — dopo il pasto del mezzogiorno — la sua astinenza ai cibi. La secrezione biliare è minima a digiuno e quindi la colecisti vuota si caricherà più facilmente di bile opaca. Le tecniche che cercano — a paziente digiuno — di far vuotare ulteriormente e prima della somministrazione della tetraiodo la colecisti piena di bile (iniezione di pituitrina secondo Pribram — somministrazione di rosso d'uovo secondo Nuvoli) sono tecniche che hanno suscitato qualche critica da AA. che sono partiti da un punto di vista fisiologico (in quanto andrebbe ammesso — secondo la fisiologia ortodossa — che la colecisti a digiuno sia vuota di bile) ma sono tecniche praticamente giuste se con questo sistema si ottiene — come è in realtà — una visualizzazione più precoce della colecisti. E qualche AA. (Impallomeni) ha pensato che nel meccanismo di questa visione precoce più che l'azione colecistocinetica entri in giuoco una azione biligenetica per stimolo sulle cellule epatiche da parte della lecitina dell'uovo, sostanza squisitamente alimentare.

Sta di fatto intanto che la raccolta della bile iodata nella colecisti si compie a digiuno: pratica fissa infatti è quella che il paziente rimanga digiuno dopo la assunzione di tetraiodo in modo che la assunzione di alimenti colecistocinetici non turbi il decorso della opacizzazione della colecisti.

A spiegare questo raccogliersi della bile a digiuno gli AA. parlano non di secrezione ma di escrezione: la tetraiodo sarebbe uno stimolo puro coleretico (non biligenetico) e la tetraiodo verrebbe eliminata come scoria dalle cellule epatiche in funzione di emuntorio. In ogni modo dopo che la colecisti si è bene opacizzata, i radiologi ne cercano di studiare il vuotamento mediante sostanze colecistocinetiche che fanno vuotare la colecisti: classica è la prova che va sotto il nome di Bronner e che consiste nella somministrazione di 3 rossi d'uovo eminentemente colecistocinetici. Questa prova in fondo resta sempre la più pratica nonostante che possa essere somministrato del latte intero grasso o del burro o degli altri colecistocinetici: surrogati che non offrono speciali vantaggi da essere citati come speciali metodi.

***

Giunti a questo punto è bene intenderci su quello che si vuole significare quando si scrive prova colecistografica positiva o negativa, prova bianca o meno. È preferibile essere espliciti: colorazione della colecisti mancata, colorazione buona, colorazione tenue. E così: vuotamento dopo la prova di Bronner; mancato, ritardato, normale. Si sa infatti che sotto la prova dei rossi d'uovo la colecisti riduce le sue dimensioni di circa la metà dopo una mezz'ora e si rende poco più o affatto visibile dopo un'ora circa.

Su questo argomento esistono dei contributi interessanti della Scuola di Busi e ai quali rimando per i dettagli.

***

Dopo di che ci possiamo domandare: quale è l'*utilità pratica della colecistografia*. Vorrei innanzi tutto separare quelli che sono i problemi fisiologici che la colecistografia ha suscitato dai problemi clinici contingenti. Problemi interessanti di fisiologia sono quelli sulle proprietà della colecisti: funzione a serbatoio, funzione di assorbimento, funzione di concentrazione. Certo che poter avere sotto gli occhi la colecisti nel vivente, esplorarne la forma e la funzione è senza dubbio meraviglioso: basterebbe fare la fama del metodo la possibilità di vedere dei calcoli dentro la colecisti

opacizzata. In questi ultimi anni è stato possibile osservare mediante l'esame in posizione eretta, in colecisti, opacizzate apparentemente in modo uniforme, che i calcoli di colesterina possono disporsi ad un certo livello (Akerlund-Bermond): se i calcoli sono « sospesi » è chiaro che nonostante l'apparenza uniforme radiologica la bile nella colecisti è disposta a strati, diversi per caratteri fisico chimici. Naturalmente ciò succede nelle colecisti con bile concentrata non naturale cioè con la tetraiodo perchè in condizioni normali non esistono calcoli che allo stato fresco abbiano un peso specifico inferiore a quello della bile più concentrata.

Questo reperto ha condotto a constatazioni interessanti e ad ammettere che la concentrazione da parte della mucosa vescicolare si compie non in modo massivo globale ma a strati. Dopo un'ora e mezzo circa dalla iniezione endovenosa (purchè si pratichi l'esame in piedi) è possibile osservare che sul fondo della colecisti opacizzata dalla tetraiodo si è formata una listerella più densa, che si prolunga più tardi lungo le pareti a semiluna o a falcetto. La colecisti appare allora divisa in 3 strati: bordo denso sul fondo; al di sopra bile più tenue (bile residua) e al di sopra ancora, divisa da una linea orizzontale dalla precedente, bile più densa iodata. La listerella densa man mano aumenta e verso la IV ora i tre strati non si riconoscono più; perchè la bile più densa, raccolta sul fondo, man mano è aumentata verso l'alto riempiendo così tutta la colecisti.

La successione dei fatti va interpreta in questo modo: la bile iodata che affluisce nella colecisti si stratifica sopra la bile residua (2 strati: visione precoce non sempre netta); comparsa sul fondo dello strato marginale più denso per l'assorbimento di acqua e concentrazione da parte della porzione superiore della mucosa con discesa in basso, colando lungo le pareti, della bile così concentrata (aspetto bordato, a falcetto, e successivamente a 3 strati); progressione verso l'alto di questo strato più denso fino a riempire tutta la colecisti. Dunque nella colecisti si verifica una specie di circolazione della bile dalle pareti sul fondo, dal fondo verso l'alto e verso le pareti: la stratificazione è un prodotto fisiologico legato alla concentrazione della mucosa e non un prodotto artificiale legato alla presenza di iodio. Concentrazione che è rapidissima perchè entro 20-30 minuti il quadro può mutare.

In base a ciò si può anche ricostruire quanto avviene in condizioni normali dentro la colecisti: la bile epatica si stratificherà al di sopra della bile residua e al di sopra di questa resterà la bile di concentrazione (Bermond). Questa è l'unica differenza che passa con quanto avviene in colecistografia in cui la parte artificiale è la presenza dei tre strati perchè la bile di concentrazione (più pesante) va al di sotto della bile residua. Ma se la colecisti (previo vuotamento col pasto di Bronner) non contiene bile residua, i fatti che avvengono in colecistografia e i fatti che avvengono in condizioni normali si identificano: in colecistografia: aspetto iniziale uniforme, poi aspetto a falcetto con due strati; poi aspetto terminale uniforme per la progressione verso l'alto del bordo più denso. In condizioni fisiologiche: contenuto uniforme di bile epatica, concentrazione: discesa in basso della bile concentrata e aumento progressivo di questo strato verso l'alto. Sono specialmente gli studi di Bermond in Italia che ci hanno permesso di sviscerare questi problemi già affrontati in parte ad es. da Bernstein.

Oltre a questi reperti che si riscontrano nelle fasi precocissime della colecistografia, anche tardivamente verso l'8ª ora si può (sia allora con la prova endovenosa che orale ma sempre coll'esame in piedi) notare ancora una stratificazione: opacità densa della metà inferiore della colecisti, linea orizzontale che la divide da una opacità più tenue che si perde in alto.

Questo reperto può scomparire dopo la somministrazione dei rossi d'uovo ma può ricomparire a vescica ridotta sempre con delle caratteristiche che sono invertite rispetto alla stratificazione precoce.

Nella stratificazione precoce (in rapporto essenzialmente alla capacità di *concentrazione* della mucosa) bile residua sul fondo, bile iodata al di sopra, poi bile densa concentrata in basso il cui livello man mano sale fino a occupare tutta la colecisti. Nella stratificazione tardiva: bile opaca colecistica sul fondo, bile epatica al di sopra povera di iodio. Questa stratificazione tardiva è legata essenzialmente al tono e quindi alla funzione di serbatoio della colecisti e alla coordinazione tra variazioni della peristole e capacità di concentrazione: la colecisti può in questo periodo modificare il suo tono e apparire dilatata più volte dando modo così alla capacità di concentrazione di esercitarsi e di tesaurizzare la nuova bile venuta (Bermond). Questi dettagli se possono apparire di pura fisiologia, ci aiutano in realtà anche a comprendere molti punti nel meccanismo della colecistografia e ad orizzontarci in quella pioggia di lavori che specialmente la colecistografia così detta rapida dell'Antonucci ha provocato.

***

Se come dicevo poc'anzi a fare la fama del metodo colecistografico basterebbe la possibilità di poter visualizzare i calcoli nella colecisti (calcoli in genere trasparenti e quindi invisibili senza un alone di contrasto denso) sta di fatto che del metodo colecistografico si è fatta da alcuni una specie di pietra filosofale capace di portare sempre e in tutto il suo contributo decisivo.

Sono state quindi delle vere delusioni per taluni quando ad es. il chirurgo aprendo delle colecisti che radiologicamente mostrano una opacità uniforme vi ha riscontrato invece dei calcoli o ha trovato malate quelle colecisti che radiologicamente si erano bene colorate.

Errano coloro i quali ritengono in modo assiomatico che colecisti bene colorate e che si vuotino dopo la prova di *Bronner siano sempre e sicuramente colecisti sane.*

Non è questa una opinione mia personale. In colecistografia si deve valorizzare non la presenza di colorazione o di contrazione ma il reperto negativo: la *colorazione mancata* e — entro certi limiti — un vuotamento mancato. Perchè una colecisti malata, in altre parole: una colecisti piena di calcoli o con pareti anche non del tutto sane (e fino a che punto non possiamo prevederlo senza un esame istologico), può perfettamente colorarsi e anche bene vuotarsi. Una buona colorazione della colecisti ha in radiologia (mutatis mutandis) lo stesso valore relativo che ha una Wassermann negativa. Bisogna prendere il metodo *per quello che può dare non per quello che si vorrebbe* che avesse: se la concentrazione è tale da dare un contrasto, la colecisti può colorarsi ma potrà anche non far vedere i calcoli e viceversa questi magari potranno anche comparire quando — dopo la prova di Bronner — le condizioni per un buon contrasto sono mutate.

I nuovi dettagli di stratificazione che l'esame in posizione eretta ci ha oggi permesso, potranno con la loro valorizzazione nel campo colecistografico darci nuove possibilità di investigazione: la stratificazione tardiva stessa oggi non ha più valore di sedimentazione atonica.

Nella sedimentazione in colecisti atoniche non esiste in piedi un vero livello; il peso, deforma la colecisti stirandola nella zona del colletto: non basta la posizione bassa per giudicare una colecisti come atonica (e ciò è analogo anche per lo stomaco) ma vi si deve unire una comparsa della colorazione tardiva, e un difetto di contrazione con ritardo di svuotamento. Necessità dunque oggi nell'esame colecistografico di introdurre *anche l'esame in posizione eretta.*

***

Tutte queste difficoltà spiegano facilmente lo stato di animo con cui radiologi e non radiologi, delusi dalla pretesa infallibilità del metodo di Graham, si sono lanciati alla ricerca di nuovi metodi: è bastato l'annuncio del metodo della colecistografia rapida (e nessuno può disconoscerne il merito all'Antonucci) perchè una valanga di lavori sia comparsa sui giornali; si è gridato all'osanna e si è gridato all'eresia, si è preteso dal nuovo metodo la perfezione assoluta che non ha neppure il metodo originale di Graham. La colecistografia rapida è valsa così fra tante cose a smuovere la colecistografia dalle sue posizioni statiche e che per qualche radiologo erano inattaccabili. Che colecisti colorate col metodo rapido possano poi essere malate è una verità lapalissiana come quella che anche colecisti colorate col metodo di Graham possano essere malate. È d'altra parte — dati i meccanismi diversi — non può essere neppure vero che i risultati che si ottengono col metodo di Graham siano sovrapponibili sempre a quelli che si ottengono col metodo rapido. Ogni metodo ha qualcosa in sè di buono ai fini della diagnosi: se non basta un artificio se ne cerca un altro e si cerca un'altra via da sfruttare. È così che noi — accanto al metodo di Graham — facciamo uso anche del metodo rapido ma nel metodo rapido abbiamo aggiunto e praticato sempre la prova di Bronner la quale riesce utilissima in quella certa quota di casi (quota grigia della colecistografia rapida) in cui la colorazione è tenue o tenuissima. Il numero di colecistografie eseguite, riportato in fondo al lavoro, ci permettono di avere una esperienza certamente superiore a quella di coloro che si basano su qualche decina di casi spesso neppure tutti operati. Molte volte noi siamo passati dalla colecistografia rapida alla prova di Graham o viceversa e dall'associazione dei due metodi è balzata fuori la verità: qualche volta siamo ancora restati col dubbio perchè nessun metodo è infallibile e dinanzi a un malato per cui la clinica ci dice in modo assoluto che la colecisti è malata, sarebbe sciocco irrigidirsi solo perchè la colecisti è bene visibile sul radiogramma. Occorre però innanzitutto nella comune pratica prima di divagare e sfruttare altri metodi cercare di sfrut-

tare tutti quegli artifici legati al metodo originale di Graham, o al metodo orale, curarne la perfetta esecuzione, aggiungere l'esame in posizione eretta, studiare il vuotamento e il ritmo di vuotamento della colecisti stessa.

⁂

La colecistografia rapida è nata con un equivoco nel suo nome: certamente sono stato fra i primi (1933) in un lavoro sulla colecisti a fragola a dare una giusta interpretazione degli scopi del metodo, insistendo che la rapidità non è affatto il merito principale. La corsa alla rapidità ha portato gli AA. a bruciare le tappe: non più la visibilità della colecisti in due, tre ore ma in un'ora e perfino in 15 minuti.

A buon punto il Rossi faceva notare che anche nel metodo originale di Graham si ha una visione della colecisti precoce già alla prima ora e tanto è vero questo che è stato possibile al Bermond proprio negli stadi precocissimi e precoci della colecistografia endovenosa raccogliere una serie di dati interessanti. È però anche vero che se anche nel metodo di Graham la visione della colecisti è precoce, noi in realtà sfruttiamo i dati della visione nelle ore di massima opacità. Infatti la curva di opacizzazione della colecisti nel metodo di Graham va crescendo dalla 1ª ora fino alla 8ª con un massimo fra la 12ª-16ª ora e con una fase discendente fino verso la 30ª ora. La curva di opacizzazione nella colecistografia rapida tipo Antonucci ha una curva di durata più breve: il ritmo si svolge entro le tre ore con un massimo di opacità alla 2ª ora. Dopo la terza ora la colecisti in genere si riconosce male: in molti casi o di mancata visione o dopo avere praticata la Bronner si può avere a distanza di 8-10 ore la visualizzazione della colecisti (che può essere la seconda visualizzazione) per quei fenomeni di circolazione enteroepatica in rapporto all'assorbimento della tetraiodo passata nell'intestino.

Le curve totali di opacizzazione e di vuotamento spontaneo sono quindi diverse nei due casi; ma anche diverso ne è il meccanismo perchè la somministrazione tetraiodo e glucosio mette in moto non più il solo meccanismo epatico emuntoriale (come avviene nel Graham in riposo della funzione biligenetica) ma il meccanismo biligenetico per stimolo sulla funzione delle cellule epatiche. Infatti con questo sistema (e Barbera lo ha dimostrato raccogliendo bile da una fistola colecistica) grande quantità di bile iodata si raccoglie nelle prime due ore entro la colecisti che può apparire assai grande.

La sostituzione al glucosio di sali biliari (stimolo fisiologico che interviene nella digestione e arriva al fegato per assorbimento dall'intestino) permette una visualizzazione della colecisti (Impallomeni) anche più rapida (15 minuti) e secondo l'A. più fisiologica. Ma il metodo manca ancora di quel controllo chirurgico che ha dato all'Antonucci stesso la possibilità di controllare su vasta scala il suo metodo. Moltissime sostanze del resto sono capaci di provocare la visione precocissima della colecisti e sarebbe fuori luogo enumerarle tutte. Alcune dovrebbero rappresentare non tanto il mezzo per ottenere una colecistografia rapidissima (solfato di magnesio al 50 % o cloruro di calcio al 10 %, 10 cc. visione in 15 min., Lucherini) ma una vera prova di carico in rapporto alla funzione motoria e alla capacità di concentrazione della colecisti e anche come mezzo di prova della funzione epatica rispetto alla rapidità di eliminazione dei vari farmaci. Questo concetto della prova di carico del fegato — mettendo in giuoco il fattore epatico — rende più complesso il problema e potrebbe, secondo molti AA. aumentare le cause di errore nella interpretazione dei risultati. Certamente sono stato fra i primi di parlare della prova di carico (1933) nel metodo rapido col glucosio in base alla dimostrazione da parte del Barbera, dal grande afflusso di bile iodata che viene raccolta in breve tempo nella colecisti: onde la necessità da parte di questa di una perfetta peristole.

Concentrazione e motilità sarebbero fattori secondo Bernstein che si influenzano a vicenda senza prevalere uno sull'altro; ma Bermond — come più sopra abbiamo accennato — ha dimostrato invece che la stratificazione precoce sta in rapporto essenzialmente ai fenomeni di concentrazione (dalla I-IV ora nel Graham) mentre la stratificazione tardiva (verso la VIII ora verso il massimo della opacità) sta in immediato rapporto con la funzione peristolica e in via secondaria alla concentrazione. Entra qui in giuoco in modo prevalente — come nella colecistografia rapida il cui ciclo si compie entro le 3 ore — la funzione a serbatoio della colecisti, legata non solo alla concentrazione ma alla coordinazione tra concentrazione e variazione della peristole.

⁂

Quasi in contrapposto di questi metodi rapidi esistono i metodi orali frazionati che cer-

cano — frazionando la dose e aumentandola nel tempo stesso — di forzare ad ogni costo la colorazione della colecisti. È possibile così metter meglio in evidenza i calcoli; ma è certo che più cerchiamo di forzare la colorazione e più teoricamente ci allontaniamo dalla possibilità di riconoscere la malattia se non sfruttiamo quella soglia di colorazione che dovrebbe permetterci di colpire gli stati lievi patologici.

Dopo quanto abbiamo detto — che ha solo valore come aggiornamento della questione senza entrare in discussioni critiche — e prendendo in blocco tutti i metodi proposti, dobbiamo concludere che non bisogna pretendere dalla prova colecistografica più di quello che essa ci può dare e che nessuno dei metodi è assolutamente infallibile.

È la *mancata visualizzazione il segno* indubbio di patimento della colecisti e la prova orale se bene condotta *ha lo stesso* valore della prova endovenosa. Se la colecisti si è colorata e i segni clinici sono tali da deporre in modo indubbio per una colecistite, il radiologo cercherà in questo caso — come sempre — di sfruttare tutte le finezze della tecnica: tempo di comparsa dell'ombra, densità di opacizzazione (segni veramente in cui si influenzano il fattore epatico e il fattore colecistico); tempo di vuotamento dopo la prova di Bronner.

Nel dubbio occorre associare i metodi e accanto ai dati morfologici e dinamici della colecisti studiare anche i rapporti con gli organi vicini, confrontando i dati radiologici con quelli clinici.

Una buona esperienza sull'argomento ci è data dal fatto che in sei anni e mezzo circa di lavoro nel Reparto Radiologico dell'Ospedale del Littorio (5 ottobre 1932-1° marzo 1939) abbiamo eseguito (a parte le indagini dirette) 2600 colecistografie endovenose di cui 1000 rapide secondo Antonucci e 200 circa colecistografie orali. E abbiamo potuto avere il controllo operatorio in 459 casi.

RIASSUNTO.

L'A. in base a una larga casistica di qualche migliaio di colecistografie suffragate da qualche centinaio di reperti operatori, ha cercato di impostare nel campo pratico tutti quei problemi che sono legati al metodo della colecistografia: equivalenza dei metodi endovenoso ed orale; norme della preparazione; valore da dare alla opacizzazione e alla mancata opacizzazione; necessità di sfruttare tutte le risorse di un metodo, ecc.

Passa in rassegna i risultati dei vari metodi colecistografici i quali non possono mai prescindere dalla clinica e dai quali — per i motivi che l'A. espone — non si deve pretendere l'assoluta infallibilità.

OSPEDALE SANATORIO I.N.F.P.S. - GORIZIA
Direttore: dott. GIANCARLO AVOGADRO.

Glutationemia in corso di ossigenoterapia nella tubercolosi polmonare.

Dott. BENEDETTO NARDONE, assistente

Partendo dal principio che l'iperglutationemia, è una manifestazione difensiva spontanea dell'organismo, contro lesioni tubercolari in fase attiva ed evolutiva, sono stati sottoposti 15 ammalati di tp. ad ossigenoterapia intensiva per la durata di circa 12 mesi, con lo scopo d'indagare se l'O_2 accanto all'ormai indiscusso potere terapeutico, riuscisse ad arginare l'iperglutationemia, anche parzialmente, sostituendola nel suo potere ossidante.

Ciò premesso, pure se fugacemente, crediamo opportuno far cenno all'azione compensatoria del glutatione, in caso di scarsa o deficiente ossigenazione polmonare. Isolato la prima volta nel 1921 da Hopkins, il glutatione è stato oggetto di numerose ricerche, che hanno ormai stabilito essere questo, un tripeptide solforato, abbondante nel fegato, che con tutta certezza ne domina il metabolismo, influenzato però, sebbene in misura inferiore, anche dall'azione di varie ghiandole endocrine: ovaio, ipofisi, paratiroide, pancreas.

Una molecola di cisteina, unita ad una molecola di acido glutammico, e ad una di glicocolla, costituiscono il glutatione, che esiste nel nostro organismo sotto due forme, ossidata e ridotta, tra loro facilmente reversibili, secondo l'equazione

$$HS \rightleftarrows -S-S + H_2$$

Siccome la forma ridotta o solfidrica — SH, deidrogenabile a forma ossidata — S — S —, captando di nuovo H, può ricostruire la forma sulfidrica del composto, è evidente che, nella reversibilità disolfuro-sulfidrato, la forma a tipo sulfidrato funge da donatore di H, quella tipo disolfuro, da accettore.

L'alternanza pendolare della funzione ossido riduttiva, è influenzata dal pH del mezzo or-

ganico, che orienta il sistema in modo da dargli una funzione riducente in ambiente alcalino, ed una funzione ossidante in ambiente acido.

La labilità del solfidrile, che giuoca un ruolo di prim'ordine, nella respirazione dei tessuti, ha fatto valutare lo zolfo, come un elemento capitale nei processi ossidativi, nelle attività enzimatiche, e riconoscere al glutatione, tripeptide solforato, grande importanza in fisiopatologia, specie quando raggiungendo un tasso elevato, col fenomeno della deidrogenazione, assicura nello stato di carenza di ossigeno, la respirazione anaerobica cellulare.

Si è constatato infatti, che il tasso glutationemico si eleva, allorquando la respirazione polmonare è ostacolata o minacciata: così Bianchi in un completo e pregevolissimo lavoro, ha dimostrato che raggiunge un indice notevole nella fase attiva della tp., indice che discende, quando il meccanismo di ossigenazione si regolarizza, per miglioramento o cicatrizzazione delle lesioni. Che l'iperglutationemia abbia valore di compenso nel deficit dei processi ossidativi, lo dimostra il rinvenirla negli organismi in preda ad intensa attività metabolica, come nelle infezioni, nelle intossicazioni a tipo distruttivo, nell'asfissia meccanica totale ed anche respirando in aria rarefatta o satura di CO_2.

Pegoraro e Bertoni nell'asfissia zonale, provocata ischemizzando alcuni distretti tissurali, hanno riscontrato un aumento di glutatione in loco. L'emazia saturata con O_2, si depaupera in glutatione, viceversa se con CO_2: quindi il sangue venoso è più ricco di glutatione dell'arterioso. Le vedute di Anselmino ed Hoffmann, per cui il glutatione circolante, agisce come vettore di ossigeno nella ipossiemia, hanno trovato la loro spiegazione nella legge formulata da Gabbe ed Handowski: « se nel nostro organismo si altera il processo di utilizzazione dell'ossigeno (per una causa morbosa od altro), il processo di difesa organico, è dato dall'aumento del glutatione, atto a sostituire l'ossidazione mancante ». Il meccanismo per cui il glutatione acquista come dicono Lolli e Campus, « funzione vettrice dell'ossigeno che l'emoglobina non riesce ad espletare », viene così interpretato da Migliore: il 98 % di O_2 contenuto nel sangue arterioso, in quantità che si aggira intorno a 20 volumi, si combina con l'Hb degli eritrociti, ad una tensione di circa 100 mmHg: quando diminuisce la pressione di O_2 o il numero delle emazie, l'organismo compensa l'ossigenazione con una lieve eritremia e con un'ipercromia relativa, la limitata superficie di assorbimento, impiegando però un certo tempo, che può riuscire dannoso. In tal caso il glutatione liberato subito dai tessuti e dall'emazie, diventando vettore di O_2 supplisce il deficit funzionale dell'Hb. Esistendo pertanto evidenti rapporti, tra ossidazione organica per trasporto diretto di O_2 e quella per deidrogenazione, abbiamo voluto seguire in un numero di ammalati di tp. eventuali variazioni della glutationemia in seguito a somministrazione intensiva di ossigeno per via sottocutanea, per potere indagare, come già è stato detto all'inizio, se la immissione diretta dell'O_2 nei tessuti, potesse avere un reale valore ossidante, tale da sostituire o arginare la superproduzione di glutatione in circolo.

Come si vedrà dalle ricerche eseguite, dopo la somministrazione di O_2 si è verificato un netto aumento dei valori cromo-citoematici, risultati del resto già riscontrati da Gualco, accanto ad un abbassamento del metabolismo basale e ad una azione benefica « su tutto il trofismo organico e sul tono neuromuscolare ».

Diciamo senz'altro che a quest'azione deve essere riferito il lieve abbassamento del tasso glutationemico, che in alcuni ammalati di tp. era precedentemente all'ossigenoterapia alquanto elevato. Ora anche se i rapporti intercorrenti fra glutationemia, O_2 e sua utilizzazione da parte dell'organismo, siamo sotto ogni punto di vista del tutto arbitrari, sfuggendoci nell'ultima essenza il complesso meccanismo fisiologico, bisogna pertanto riconoscere che l'O_2, esplicando un'azione eutrofica (Jarricot), costituisce un ottimo stimolo nelle anossiemie. Per la sua influenza diretta sul cuore, sul respiro, sul contenuto gasoso del sangue di cui ne abbassa la viscosità, specie quando abbonda di CO_2, come negli stati asfittici, vien favorita l'ematosi, che per lesioni polmonari, e tra queste le tubercolari, diventa insufficiente.

Dalle nostre ricerche sono stati esclusi individui marantici, eccessivamente intossicati, quelli insomma che anche presentando lesioni evolutive, potessero ancora disporre di un equilibrio immunitario, capace di reagire se stimolato, ed individui, su cui tranne la comune terapia igienico-dietetica, non potessero avere attuazione e valore, pratiche collassanti. L'ossigenoterapia, condotta per la durata di 12 mesi, è stata praticata ogni tre giorni, ed ogni quattro, in alcuni soggetti (4, 7, 10), che presentavano zone enfisematose persistenti. Nel sottocutaneo delle regioni antero laterali delle coscie, pettorali ed addominali, sono stati introdotti a turno circolare 200 cc. di ossigeno.

La comune tecnica improntata a delicatezza e precisione, ci ha preservati da piccoli innocui incidenti.

Il glutatione, dosato col metodo di Tunnikliffe, espresso in mmgr. %, è stato determinato anche in rapporto al numero dei globuli rossi. Quale valore abbia questo rapporto che Gabbe chiama glutation-quotient, è così espresso da Bianchi: « è noto che questo (il tripeptide) nel sangue, è quasi tutto contenuto nei globuli rossi. Infatti, se il tasso risultasse basso, ma con un rapporto glutatione globuli rossi elevato, è logico che il primo valore è apparente, inquantochè, può essere scarso il glutatione riferito alla massa del sangue circolante, mentre invece riferito al suo quantitativo in ogni singolo globulo rosso, è elevato ».

Hanno completato le nostre ricerche, lo studio del comportamento del numero delle emazie, dell'Hb della C. V. e della V. S. Tutti i valori iniziali, come risulta dall'esposizione dei singoli casi, anche se modesti, hanno subito un certo aumento. Per quanto riguarda la glutationemia, è evidente la non trascurabile diminuzione, che, come è stato precedentemente accennato, non è stata riferita alla respirazione diretta di O_2 da parte dei tessuti, ma all'azione eutrofica dell'ossigenoterapia. Per alcuni casi (2, 5, 9, 11), ipossiemici per la loro grave forma di polmonite ulcero caseosa, che all'inizio del nostro studio presentavano nettamente elevato, l'indice del tripeptide, si è verificato poco tempo dopo, un rilevantissimo abbassamento del tasso glutationemico. La marcata ipoglutationemia (rispetto all'iniziale), sincrona di un netto peggioramento delle condizioni generali, è stata riferita, oltre all'azione tossica del micobatterio, anche all' influenza di enzimi endocellulari proteolitici, capaci di disintegrare in modo irreparabile il processo fondamentale della vita, ossia la respirazione interna dei tessuti. Infatti i quattro casi surriferiti, sono venuti a morte, prima di raggiungere il termine prefisso per la fine del nostro studio.

Concludendo, crediamo poter affermare, che il sistema disolfuro sulfidrato, catalizzatore chimico, esplica anche nelle forme gravi di tp., con meccanismo di catalasi per trasporto, la sua funzione ossido-riduttiva intraorganica. Funzione che l'organismo riesce a custodire, fin quando l'equilibrio organico non venga distrutto, essendo completamente inibiti tutti i poteri di difesa. L'abbassamento del tasso della glutationemia, nelle forme avanzate di tp., già riscontrato da Nannini, Baroni, Colognese, ecc., altro non significa, che la distruzione irreparabile di tutte le funzioni vitali, abolite dal forte grado di anemia grave, di ritenzione di scorie nel sangue e nei tessuti, di demineralizzazione progressiva, insomma da profonde modificazioni biochimiche di tutto l'organismo. Esso avviandosi alla cachessia, favorisce la distruzione tossica dell'albumina, capace forse di condurre alla formazione o alla liberazione di veleni ancora sconosciuti. Questa ipotesi trova analogia nella concatenazione, già ammessa da Waldschmidt-Leitz e Purr, tra fenomeni proteolitici endocellulari e fenomeni ossido reduttivi, per cui quando il potenziale ossidativo, cala sotto un certo livello, si formano sostanze capaci di attivare i processi proteolitici.

	Glutationemia	Emazie	Glut. = Quot.	Hb.	C. V.	V. S.
CASO I. — P. U., cameriere, anni 51. Fibrosi cavitaria destra. Fibroulcerocaseosi sinistra.						
Inizio	45	3	15	52	1350	25
4° mese	45	3	15	53	1350	25
8° mese	43,1	3,8	11,3	57	1350	19
12° mese	43,1	3,8	11,3	59	1400	17
CASO II. — A. G., carpentiere, anni 36. Tisi.						
Inizio	44,2	3,3	13,3	55	1200	18
4° mese	18,2	2,8	6,5	53	1200	24
+ al V mese.						
CASO III. — M. F., muratore, anni 38. Fibrocaseosi ulcerosa bilaterale.						
Inizio	32,1	3,8	8,4	63	1900	28
4° mese	31,4	3,8	8,2	65	1900	25
8° mese	30,1	3,9	7,7	66	1900	25
12° mese	30,1	3,9	7,7	67	1900	24
CASO IV. — M. D., elettricista, anni 45. Fibrocaseosi bilaterale ampiamente ulcerata.						
Inizio	44,2	3	14,7	45	1500	36
4° mese	44,1	3	14,7	45	1400	36
8° mese	42,4	3,1	13,6	50	1400	32
12° mese	40,2	3,2	13,3	50	1400	30

	Glutationemia	Emazie	Glut. -- Quot.	Hb	C. V	V. S.
CASO V. — E. K., minatore, anni 28. Ulcerocaseosi bilaterale. Peritonite fibroadesiva.						
Inizio	40,2	3	13,4	52	1400	36
4° mese	21,2	2,9	7,3	51	1350	30
8° mese	19,3	2,9	6,6	50	1200	38
+ al IX mese.						
CASO VI. — P. L., manovale, a. 30. Fibroulcerocaseosi bilaterale. Gonartrite specifica.						
Inizio	46,4	3,2	14,5	58	2000	32
4° mese	44,2	3,3	13,3	60	2000	27
8° mese	44,2	3,3	13,3	62	2000	30
12° mese	40,2	3,6	11,1	64	2000	28
CASO VII. — D. W., meccanico, a. 28. Lobite superiore destra ulcerata. Piopnx. sinistro.						
Inizio	40	3,5	11,3	61	1800	22
4° mese	40	3,5	11,3	63	1800	22
8° mese . . .	36,4	3,8	9,5	65	1800	22
12° mese . . .	36,2	3,8	9	66	1800	20
CASO VIII. — S. R., scalpellino, a. 25. Lobite superiore destra. Ulcerocaseosi sinistra.						
Inizio	38	3,8	10	64	1600	35
4° mese	38	3,8	10	67	1700	35
8° mese	38	3,8	10	67	1700	32
12° mese	32	3,95	8,1	70	1750	30
CASO IX. — G. E., manovale, a. 35. Fibroulcerocaseosi bilaterale.						
Inizio	41,9	3,2	13	56	1100	28
4° mese	32,4	3	10,8	54	1000	29
8° mese	22,2	3	7,4	52	1000	39
+ al 10° mese.						
CASO X. — B. G., cameriera, a. 22. Lobite superiore destra ulcerata. Emopnx. sinistro.						
Inizio	42,2	3,1	13,6	56	1650	21
4° mese	40,5	3,3	12.2	58	1700	22
8° mese	39,1	3,6	10,8	58	1700	19
12° mese	39,1	3,7	10,5	60	1700	16
CASO XI. — G. C., meccanico, a. 39. Ulcerocaseosi bilaterale. Scompenso cardiaco.						
Inizio	40,2	3,8	10,5	68	900	24
4° mese	19,8	2,9	6,8	52	900	23
+ al V mese.						
CASO XII. — O. Z., barbiere, a. 23. Fibrocaseosi ampiamente cavitaria d. Ulcerocaseosi s.						
Inizio	39,8	3	13,2	53	1700	14
4° mese . . .	39,8	3,3	12.3	53	1700	14
8° mese	39,5	3,3	12,2	54	1750	12
12° mese	39,2	3,7	10,5	55	1750	12
CASO XIII — I. A., commessa, a. 23. Piopnx. destro. Ulcerocaseosi sinistra.						
Inizio	41,1	3,2	12,8	56	1300	18
4° mese	41,1	3,2	12,8	57	1350	16
8° mese	39,5	3,3	12,2	57	1350	16
12° mese	39,1	3,6	10,8	58	1350	15
CASO XIV. — R. K., carpentiere, a. 50. Fibrotorace bilaterale ampiamente cavitario.						
Inizio	48	3,2	15	51	1500	16
4° mese . . .	48	3,5	13,7	55	1500	12
8° mese . . .	48	3,8	12.6	58	1500	12
12° mese	48	3,8	12,6	60	1600	10
CASO XV. — V. A., manovale, a. 29. Ulcerocaseosi bilaterale. Laringite specifica.						
Inizio	39,6	3,2	13,3	60	1100	27
4° mese	39,3	3,2	12,2	60	1100	25
8° mese	38,3	3,6	10,6	61	1200	25
12° mese	38,1	3,6	10,5	61	1200	23

*

RIASSUNTO.

L'A. conferma che l'iperglutationemia è espressione di difesa in caso di respirazione tissurale deficiente. Presenta un numero di ammalati di tubercolosi polmonare sottoposti ad ossigeno-terapia per via sottocutanea riscontrando in essi un lieve abbassamento del tasso glutationemico che riferisce non alla respirazione diretta dell'O_2 da parte dei tessuti, ma al suo potere eutrofico. L'ipoglutationemia marcata, riscontrata in alcuni casi è espressione di arresto di ogni attività vitale.

BIBLIOGRAFIA.

1. BARBARO FORLEO. *Il glutatione*. Pavia, 1936, T. C.
2. BARONI. Minerva Medica, n. 16, 21 aprile 1934.
3. BARONI e COLOGNESE. Riv. di Patol. e Clin. della T. B. C., n. 3, 1934.
4. BIANCHI. *Glutationemia ed equilibrio acido basico nella T. B. C.* Archivio di Patol. e Clin. Medica, n. 2, 1937.
5. BINET, WELLER e GOUDARD. La Presse Medical, 18 settembre 1937.
6. GUALCO. Policlinico, Sez. Med., n. 11, 1937.
7. LOLLI e CAMPUS. Archivio di Patol. e Clin. Medica, n. 6, 1935.
8. NANNINI. Giornale di Tisiologia, n. 12, 1932.
9. RONDONI. *Biochimica*. U.T.E.T., 1935.
10. WALDSCHMIDT-LEITZ e PURR. Zeitschr. f. Phys. Chem., 198, 260, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE DI CITTADELLA
DIVISIONE MEDICA
E SEZIONE DISPENSARIALE ANTITUBERCOLARE
diretta dal dott. U. SARTORELLI.

Sopra un caso di versamento emorragico in corso di pneumotorace terapeutico.

Dott. G. MESIRCA, assistente.

Se le pleuriti emorragiche sono poco frequenti nei confronti con le comuni pleuriti essudative (8 % sec. Stears e Lienissen, cifra ritenuta alta da Hinault e abbassata al 3-5 % da Ronzoni), un reperto di estrema rarità costituiscono le pleuriti primitivamente emorragiche in corso di pnx. terapeutico. Tumminello riferisce di averne visto un caso su 450 pleuriti essudative metapneumotoraciche.

La prima osservazione di tali particolari forme di pleuriti che insorgono durante la collassoterapia è stata fatta da Hinault nel 1927, il quale afferma di non aver trovato alcun caso descritto nelle letteratura medica prima del suo. Nello stesso anno Bernard, Baron e Valtis illustrano quattro casi di versamento emorragico in corso di pnx. terapeutico, dei quali però soltanto il primo rientra nella forma descritta da Hinault.

Successivamente, in ordine di tempo, vengono pubblicati un caso da Cordier, Gaillard e Vallin (1929), tre casi da Maccone (1935), un caso da Roccas (1935), un caso da Tumminello (1936), un caso da Cavarozzi (1937), e un caso da De Marchi nello stesso anno.

Casi questi sicuri di pleuriti tubercolari metapneumotoraciche primitivamente emorragiche, da contrapporsi secondo Tumminello ai versamenti emorragici di natura traumatica o emopneumotoraci di gran lunga più frequenti.

Questi ultimi sono sempre di origine traumatica diretta o indiretta, sia per lesioni di vasi con l'ago cannula nei rifornimenti, sia per rottura di aderenze molto vascolarizzate nel pneumotorace iperteso (Lejard, Coulaud), od in seguito a sforzi fisici che possono elevare bruscamente la pressione endopleurica (eventualità questa ritenuta poco probabile da Hurst e Epstein, in quanto solo le aderenze larghe contengono abitualmente vasi, e sono molto resistenti, mentre quelle più sottili e facili a lacerarsi non contengono mai, o solo di rado, un piccolo vaso), sia per abbandono del pnx., dove si può avere durante la riespansione polmonare la rottura di qualche briglia aderenziale diaframmatica o mediastinica for-

matasi per organizzazione di fiocchi di fibrina durante il periodo in cui il moncone polmonare era rimasto addossato al mediastino (Bernard, Baron e Valtis), oppure per diapedesi dai capillari della pleura in seguito all'azione aspirante del vuoto pleurico (Luzzato-Fegiz, Maragliano, Caselli), o per rexin (Jacob). S'hanno versamenti emorragici anche nel trattamento dell' empiema para-pneumotoracico con detensione progressiva secondo il metodo di Monaldi, per un meccanismo di aspirazione *ex vacuo*, e nella operazione di Jacobaeus per la resezione delle aderenze (Cova).

Quanto alla sintomatologia dell'emopneumotorace, si osserva di solito un inizio brusco (ad eccezione del versamento *ex vacuo* che si produce lentamente), con malessere generale, dispnea, dolore acuto, pallore, lipotimia, polso piccolo e frequente, vomito e tutti gli altri segni dell'anemia acuta. Questi sintomi sono inoltre in rapporto diretto con la causa traumatica: rifornimento gassoso, sforzo fisico, ecc. Il versamento aumenta in modo rapido, da provocare talvolta lo spostamento degli organi mediastinici e la riduzione notevole della superficie respiratoria, con aumento quindi della dispnea.

Di solito non esiste temperatura febbrile, e quando c'è essa è dovuta a infiammazione o irritazione pleurica secondaria.

Il sangue contenuto in questo versamento ha composizione simile a quella del sangue circolante (le emazie e i leucociti sono ben conservati, non esiste emolisi) è sterile, quando non si verifichino inquinamenti per penetrazione di germi dall'esterno o dall'interno attraverso una lacerazione polmonare; non si riproduce dopo l'estrazione o si riassorbe spontaneamente; di solito non coagula (Guillain e Troisier affermano a questo proposito che la questione della coagulazione non è ancora chiarita). Courcoux dice che secondo i suoi esperimenti il sangue nel cavo pleurico diviene incoagulabile in modo stabile dopo 4-5 ore di dimora, a condizione però che la sierosa pleurica sia intatta, non presenti cioè una soluzione di continuo e inquinamenti di sorta. La coagulazione interverrebbe quando si forma dopo un certo tempo una reazione infiammatoria della sierosa. Secondo Grunwald la incoagulabilità sarebbe dovuta a una combinazione tra la trombina del sangue e una sostanza non bene determinata secreta dalla pleura.

La pleurite emorragica in pneumotorace ha la stessa eziologia e patogenesi delle pleuriti essudative sierofibrinose. È determinata dal bacillo tubecolare con vario meccanismo (fistole pleuro-polmonari sec. Jaquerod e Bard; rottura di focolai sottopleurici in corrispondenza di aderenze pleuriche staccate dal pneumotorace sec. Morelli e Carpi; per azione allergica determinata dall'assorbimento del materiale tossico durante la compressione polmonare sec. Luridiana; diffusione alla pleura di focolai parenchimali sottostanti, ecc.).

Manca nella pleurite emorragica ogni fattore traumatico, non c'è relazione con il rifornimento gassoso, l'inizio è spesso lento e quando è brusco non compare la sintomatologia dell'anemia. Il dolore in questo caso è diffuso, di modica entità, talvolta assente perchè il pnx. allontana tra loro i foglietti pleurici. La dispnea è di solito modica in quanto il versamento, formandosi lentamente, non determina spostamento cospicuo degli organi mediastinici, nè riduzione notevole della superficie respiratoria. Esiste inoltre interessamento dello stato generale; c'è sempre febbre non molto intensa e si nota influenza delle toracentesi sulla temperatura.

I caratteri del liquido sono: colore rossoscuro, simile al sangue venoso, gli elementi che lo costituiscono si staccano nelle proporzioni dalla composizione del sangue circolante (le emazie sono in buona parte deformate; evidente l'emolisi; i leucociti sono più numerosi, molti in degenerazione, prevalgono i linfociti, esiste eosinofilia). S'aggiunga che il liquido estratto coagula dopo qualche tempo (Cavarozzi, Maccone, Tumminello, De Marchi), per le modificazioni infiammatorie esistenti nella sierosa. E mentre l'emopneumotorace non si riforma di solito dopo l'estrazione, o si riassorbe spontaneamente, il liquido della pleurite tende a riformarsi (Hinault, Bernard e collaboratori, Cavarozzi, Tumminello, De Marchi).

In questo versamento di natura infiammatoria è difficile trovare il b. di Koch, anche ricorrendo agli esami biologici e culturali. Nel caso di Hinault l'inoculazione del liquido a una cavia fu dapprima negativa, e la prova risultò positiva solo alla distanza di quattro mesi, quando il versamento divenne purulento. Esito negativo diedero le ricerche di Maccone, di Tumminello, di De Marchi.

Numerose possono essere le cause della non positività della prova biologica dell'essudato pleurico: scarsa quantità di germi o modesta virulenza degli stessi (Rondoni); insufficienza del liquido adoperato per la prova; lesioni tardive nella cavia inoculata, talvolta lesioni minime difficili a trovarsi.

Quindi la prova biologica ha valore assoluto solo quando il risultato è positivo, mentre un

risultato negativo non ne esclude la natura tubercolare (Landouzy e Labbé, Bezançon, ecc.).

La prognosi della pleurite primitivamente emorragica in corso di pnx. terapeutico è benigna. Talvolta s'ha la trasformazione in empiema (Hinault, Maccone, Cavarozzi), dove di rado si verifica come complicanza successiva la fistola pleuro-polmonare (Maccone, De Marchi). Più spesso s'ha la risoluzione che può non ostacolare la continuazione della collassoterapia (Bernard e collaboratori), o con passaggio al fibrotorace (De Marchi).

Tra gli emotoraci di origine traumatica e la pleurite primitivamente emorragica in pnx. terapeutico Tumminello aggiunge un gruppo intermedio comprendente a sua volta due sottogruppi, e cioè casi in cui il versamento è inizialmente sierofibrinoso e dopo un certo tempo, di solito lungo, talvolta dopo ripetute toracentesi, diventa più o meno ematico (Polleri, Tumminello, Amat, Borsalino), e casi in cui al fattore meccanico si aggiunge in secondo tempo il fattore infiammatorio, come nelle osservazioni di Bernard, Baron e Valtis (versamento pleurico emorragico comparso in seguito a sforzo violento e successivamente pleurite emorragica), di Rordorf (abbondante versamento emorragico da aspirazione *ex vacuo* in pneumotorace abbandonato, seguito da un processo infiammatorio pleurico tubercolare, con b. di Koch nell'essudato) e di Roccas.

Casi questi, che se non sono rari come le pleuriti primitivamente emorragiche non hanno d'altra parte la frequenza degli emopneumotoraci.

Al primo sottogruppo si può ascrivere il caso che è qui oggetto d'illustrazione.

C. Marianna, d'anni 40, casalinga, coniugata. Nel gentilizio si nota che la sorella è morta di tubercolosi polmonare.

Nulla di particolare nell'anamnesi fisiologica. Ha sofferto di ileotifo due volte, a 13 e a 26 anni. Nel giugno 1936 comincia ad accusare astenia, tosse, modico escreato. Nel mese successivo ha sputo striato di sangue. Viene vista nel locale Dispensario il giorno 31 agosto '36. Si riscontra una infiltrazione parenchimale specifica alla regione sottoclaveare D., espettorato negativo per il b. di Koch. Inizia così una cura ricostituente domiciliare, con periodiche osservazioni al Dispensario. Non ne trae però alcun giovamento, l'astenia aumenta, il peso diminuisce, tosse ed escreato più abbondanti.

Viene proposta per il ricovero sanatoriale, ed entra nel locale Ospedale il 23 agosto 1937.

All'esame obbiettivo si nota: soggetto normotipo; altezza m. 1,56; peso corporeo Kg. 53. Stato di nutrizione e sanguificazione discreto. Pannicolo adiposo scarso. Muscolatura ipotonica e ipotrofica. Sistema scheletrico normale. Febbricola serotina. Polso 70 al m', valido, ritmico; respiri 20 al m' a tipo costo addominale.

Torace cilindrico, simmetrico. Meno mobile l'emitorace D. Fremito vocale tattile più marcato a destra su tutto l'ambito. Ipofonesi notevole nella metà superiore D, con respiro diminuito, accompagnato da numerosi rantoli a piccole e medie bolle, consonanti sotto i colpi di tosse, nelle regioni sopra e sotto-spinosa, sopra e sottoclaveare e nel cavo ascellare del medesimo lato. A S. suono chiaro polmonare e respiro aspro all'ascoltazione.

Nulla di particolare a carico degli altri organi e apparati.

Esame radiologico del torace: Grossa caverna al lobo superiore di destra. Addensamenti paren-

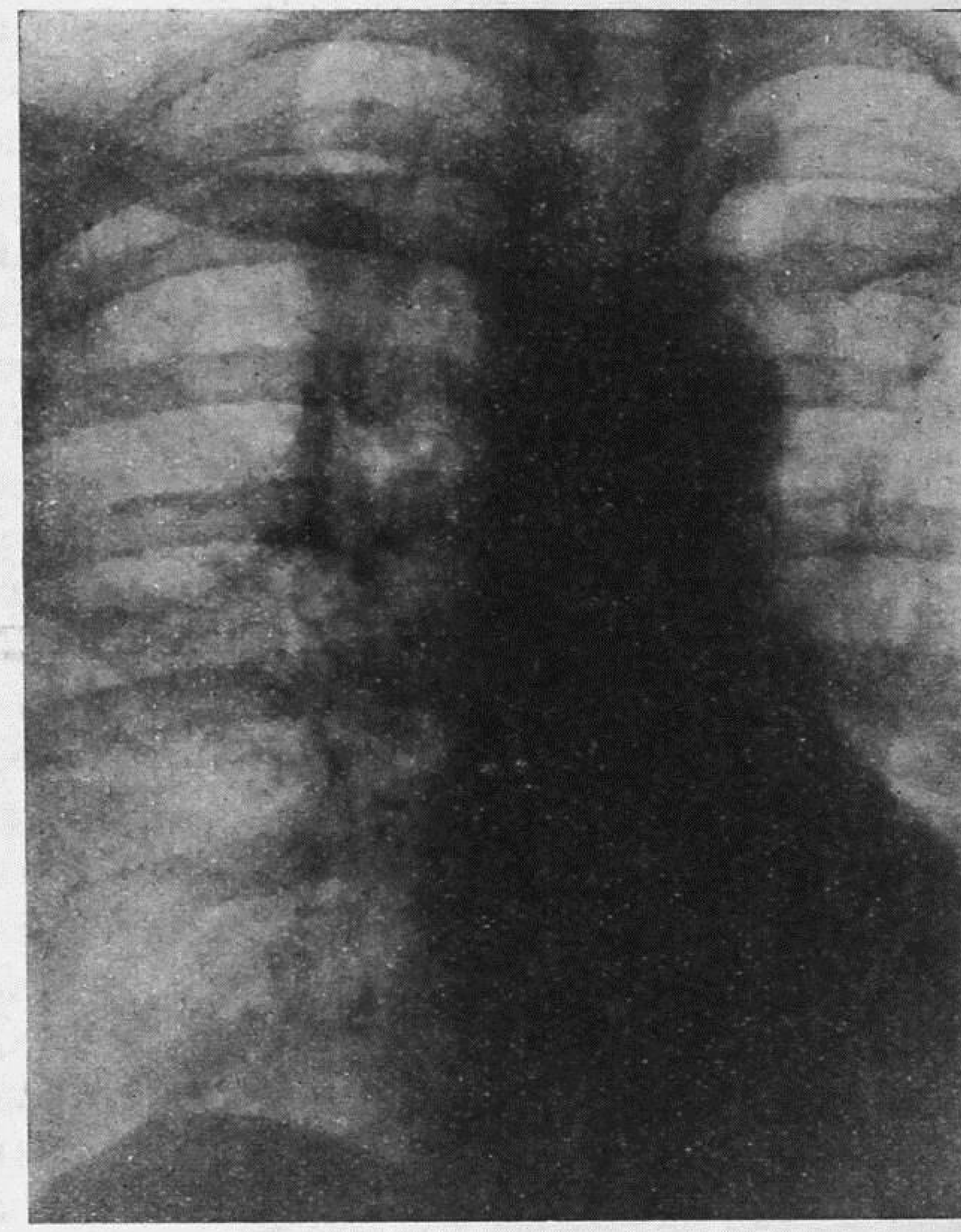


FIG. 1.

chimali di varia grandezza e tinta diffusi a tutto l'emitorace D. Stria capillare al setto mediano stirata in alto. Alla mamillare sinistra una chiazza di addensamento non omogeneo (v. radiogr. riprodotta nella fig. 1).

Esame dell'espettorato: scarso, muco-purolento, Koch positivo.

Esame delle urine: nulla di patologico.

Reazione di Wassermann: negativa.

Il giorno 14 ottobre 1937 viene iniziato il pnx. artificiale destro che si mostra efficace dopo poche insufflazioni di gas. La temperatura ritorna normale e si nota un miglioramento delle condizioni generali e locali.

A metà gennaio del 1938 la paziente avverte malessere generale, dolenzia all'emitorace D., febbre sui 37°,5, modica ambascia respiratoria. Radioscopicamente si mette in evidenza alla base di D. un piccolo livello liquido. Poichè il versamento aumenta si pratica puntura esplorativa che dà esito a liquido sieroso, giallo-citrino limpido, a Rivalta + + +. Allo striscio non si rinvengono bacilli di Koch.

Si praticano ripetute pneumotoracentesi. La p. ritorna apirettica, respira meglio.

Alla metà di febbraio, cinque giorni dopo l'ultimo rifornimento, la paziente si lamenta di ambascia respiratoria, di dolori diffusi e di senso di peso all'emitorace di destra. Rialzo termico sui 37°,5. Non compromissione dello stato generale. Obbiettivamente si nota aumento del liquido nel cavo pleurico di destra, confermato anche dalla radiografia (v. fig. 2).

Si pratica toracentesi che dà esito a cc. 50 di liquido rosso-scuro che coagula dopo circa una



FIG. 2.

ora, dando luogo a siero di color rossastro. L'esame del liquido dà i seguenti risultati: peso specifico 1030, contenuto d'albumina 54 ‰. Al microscopio si riscontrano numerosissime emazie, in gran parte in via di disfacimento, numerosi globuli bianchi, in prevalenza linfociti. Non bacilli acido-resistenti su uno striscio colorato col metodo di Ziehl-Nielsen.

L'esame biologico su cavia risulterà poi negativo per il b. di Koch.

Dopo sette giorni pneumotoracentesi con aspirazione di cc. 50 di liquido meno ematico del precedente. La temperatura corporea ritorna normale, diminuisce l'ambascia di respiro.

Si esegue allora un esame emocitometrico che dà questi risultati: Hb. 70; G. R. 4.320.0000; Val. gl. 0,72; Glob. bianchi 9400; formula leucocitaria: pol. neutrofili 88 %, eosinofili 1 %, linfociti 8 %, monociti 3 %. Prove emogeniche negative. Piastrine 180.000 (met. Fonio).

Due altre pneumotoracentesi, fatte alla distanza di dieci giorni l'una dall'altra, mostrano nel liquido una graduale diminuzione delle emazie, mentre aumentano gli elementi bianchi. Alla fine di maggio il liquido estratto appare torbidiccio, di colore giallo biancastro, e al microscopio si notano scarsissime emazie mentre prevalgono di gran lunga i leucociti in degenerazione granulo-grassa. Condizioni generali stazionarie. Apiressia. La prova biologica in cavia risulta anche questa volta negativa.

Non s'ha però una netta trasformazione purulenta, e infatti nel mese successivo il liquido ritorna gradualmente giallo-citrino limpido.

Ora (ottobre 1938) il versamento s'è ridotto a una raccolta saccata alla regione ascellare e si hanno segni evidenti d'un iniziale fibrotorace.

Il caso descritto rientra, come s'è detto sopra, nel gruppo dei versamenti metapneumotoracici inizialmente sierofibrinosi, che si trasformano dopo qualche tempo in emorragici. La trasformazione è avvenuta a una certa distanza dal rifornimento gassoso (ultima pneumotoracentesi fatta 5 giorni prima), accompagnata da rialzo termico, dolori diffusi all'emitorace colpito, modica ambascia respiratoria.

Il liquido estratto ha particolari caratteristiche: tende a riprodursi, coagula dopo circa un'ora, contiene abbondanti emazie in gran parte disfatte, e numerosi globuli bianchi, in prevalenza linfociti; esiste evidente emolisi.

Escluso per l'inizio il fattore traumatico, presente in un'osservazione di Borsalino (emotorace da rottura di briglie aderenziali in versamento sierofibrinoso), negata l'esistenza di una diatesi emorragica dai risultati dell'anamnesi, delle prove emogeniche e della conta delle piastrine, in numero normale, questo caso fa ammettere la diagnosi di versamento emorragico di natura infiammatoria, di pleurite essudativa emorragica, in una parola di quella forma classificata da Polleri come « pleurite tubercolare secondaria emorragica ».

Non ha importanza se la prova biologica e lo striscio sono risultati negativi, mentre nel suo caso Polleri ha avuto reperti positivi, e ciò in armonia con quanto s'è detto prima sulla non positività della prova biologica.

Quanto alla patogenesi di questa particolare forma di versamento, Polleri ammette l'allergia, Tumminello un'abbondante neoformazione di vasi nel tessuto infiammatorio pleurico.

La prognosi è di solito benigna (caso mortale descritto da Amat, complicato da fistola pleuro-polmonare). Come nelle pleuriti metapneumotoraciche primitivamente emorragiche è frequente la successiva trasformazione del versamento in empiema (Hinault, Cavarozzi, De Marchi), tale trasformazione si osserva anche nelle pleuriti tubercolari secondarie emorragiche in corso di pnx. terapeutico (Polleri), talvolta con successivo passaggio in fibrotorace (Polleri), compromettendo così la collassoterapia.

La cura di tale complicanza del pnx. consiste, oltre all'applicazione delle comuni norme

igienico-dietetiche, alla somministrazione di sostanze emostatiche e coagulanti, e del calcio. Nonostante Bernard consigli di non toccare il liquido senza una buona ragione, appena trascorso il periodo acuto, bisogna iniziare le pneumotoracentesi piccole e ripetute (Tumminello), in modo da evitare, per quanto è possibile, la sinfisi pleurica.

Le emazie presenti nel cavo pleurico scompaiono spontaneamente per un processo di emolisi locale (Guillain e Troiser), dimostrato dalla diminuzione della resistenza osmotica dei globuli rossi, dalla presenza di emoglobina e di pigmenti biliari nel versamento, e dall'urobilinuria.

Se ne residua un pnx. parziale con pressioni endopleuriche elevate, si lascierà che la pleurite faccia il suo corso, nella speranza che il fibrotorace possa portare la guarigione di lesioni periferiche (De Marchi).

In caso di trasformazione empiematica, Polleri e Maccone riferiscono di aver avuto buoni risultati con l'oleotorace.

RIASSUNTO.

L'A., dopo un rapido cenno alla letteratura attinente all'argomento, descrive un caso di versamento pleurico emorragico in corso di pneumotorace, discutendone il meccanismo eziopatogenetico.

BIBLIOGRAFIA.

BERNARD, BARON e VALTIS. Revue de la tbc., n. 4, 1937.
BORSALINO G. Giorn. Clin. Med., pag. 1872, 1935.
CARPI U. *La tbc. pol. dal punto di vista clin. e soc.* Istit. Scient., Milano, 1936.
CASELLI A. Riforma Medica, n. 40, pag. 1536, 1932.
CAVAROZZI N. Riv. Pat. e Clin. della tuberc., pag. 290, 1937.
CORDIER, GAILLARD e VALLIN. Presse Médic., n. 14, pag. 226, 1929.
COULAUD. Revue de la tbc., n. 2, 1932.
COURCOUX. Ibidem.
DE MARCHI M. Lotta contro la Tuberc., n. 12, pag. 1001, 1937.
GUILLAIN e TROISIER. Semaine Médic., n. 12, pag. 133, 1909.
GRUNWALD E. Revue de la tbc., n. 6, 1933.
JACOB. P. Revue de la tbc., n. 4, 1927.
LEJARD C. Revue de la tbc., n. 10, 1931.
LURIDIANA. Policlinico, Sez. Med., fasc. 5, 1926.
LUZZATO-FEGIZ L. Policlinico, Sez. Prat., n. 5, pag. 162, 1929.
MACCONE G. Riv. Pat. e Clin. della tbc., pag. 241, 1935.
HINAULT V. Presse Médic., n. 27, pag. 420, 1927.
MARAGLIANO G. Riforma Medica, n. 29, pag. 1027, 1932.
ROCCAS L. Sanatorium, n. 29, 1935.
RONDONI P. *La tubercolosi extrapolmonare*, Ed. Wassermann, Milano, 1936.
RONZONI G. *Lezioni di Tisiologia*, Pirani, Lecco, 1934.
RORDORF. Studium, n. 10, 1934.
STEARS e LIENISSEN. cit. da HINAULT.
TUMMINELLO B. Lotta contro la Tuberc., n. 8, pag. 683, 1936.

SUNTI E RASSEGNE

CHIRURGIA GENERALE.

Rapporto tra le variazioni postoperatorie della diuresi, dell'azotemia e della cloruria in rapporto colla temperatura.

(R. REMY. *Le Scalpel*, 1° luglio 1939).

Numerosi autori hanno studiato le modificazioni fisico-chimiche che compaiono dopo interventi. Fin dal 1893 Lucas-Championnière aveva trovato un aumento dell'escrezione dell'urea.

Nel 1912 Chevassu osservò costantemente un'iperazotemia post-operatoria, che avrebbe la sua origine nella disassimilazione proteica che si ha a livello del focolaio traumatico, nell'oliguria relativa dovuta alla diminuzione dell'eliminazione dell'acqua e in alcuni casi, nella diminuzione del potere di concentrazione massima del rene.

Certamente il grado di azotemia non ha una corrispondenza nella sintomatologia clinica.

Circa la natura dei corpi azotati in causa si osservò un aumento dell'azoto residuo e dei polipeptidi.

L'iperazotemia post-operatoria è accompagnata da disturbi del metabolismo del cloro e precisamente da ipocloremia e ipocloruria. Comunque si vogliano interpretare questi fatti è certo che la riclorurazione migliora i disturbi post-operatori.

Accanto alla disintegrazione proteica esiste una degradazione lipidica che può condurre all'acidosi per diminuzione della riserva alcalina.

Aumenta pure la glicemia, diminuisce la massa sanguigna e lo stato colloidale subisce una modificazione che riguarda la viscosità, la sedimentazione e la coagulazione.

Leriche dà grande importanza alla sindrome vascolare post-operatoria consistente in ipotensione, tachicardia, cianosi, sudori freddi e collasso.

Nei fenomeni della vita vegetativa bisogna tener conto del ritmo con cui essi si compiono, ritmo è in rapporto con variazioni orarie. Precisamente nella giornata prevale il simpatico, nella notte il parasimpatico.

Per quel che riguarda le variazioni biochimiche, il fegato, che ne è l'organo più impor-

tante, ha una fase secretiva diurna e una assimilativa notturna.

Negli interventi chirurgici le curve termiche sono notevolmente alterate per vari giorni. Nel periodo preoperatorio si hanno fenomeni di eccitazione emotiva (vasocostrizione, tachicardia, aumento della pressione. Durante la narcosi si ha ipotermia centrale e vasodilatazione periferica. Alla fine dell'intervento ricompaiono i fenomeni vasomotori coordinati e si ha aumento della temperatura. Qualche ora dopo si ha di nuovo vasodilatazione periferica e caduta della temperatura centrale.

L'A. ha studiato sistematicamente le variazioni post-operatorie delle curve di diuresi acquosa, della cloruria e dell'azoturia in rapporto colla temperatura.

Tutti gli interventi furono fatti in anestesia rachidiana.

Il periodo operatorio è accompagnato da caduta della secrezione renale, fino ad anuria (che si può evitare somministrando prima dell'intervento soluzione clorurata in grande quantità). Subito dopo l'intervento nei casi semplici e nei casi gravi con tendenza a migliorare la diuresi aumenta fino alla sera alle 20 e l'aumento è più notevole se si dà soluzione fisiologica e più ancora se a questa si fa seguire una soluzione ipertonica. Questa diuresi manca anche usando soluzioni saline nelle operazioni fortemente shockizzanti.

Durante la notte che segue l'intervento si ha oliguria; il giorno seguente di nuovo aumento della diuresi. Questo ritmo si ha per sei giorni consecutivi.

Il bilancio idrico degli operati è negativo la vigilia dell'intervento, mentre subito dopo diventa positivo.

La cloruria prima dell'intervento è più alta di giorno. Durante l'intervento si ha una forte caduta del cloro. La cloruria si eleva nel pomeriggio dopo l'intervento, ma rimane al disotto del normale nè si modifica con soluzioni saline fisiologiche mentre aumenta poco colle soluzioni ipertoniche. La notte compare ipocloruria che si protrae fino al 3° giorno, però con inizio della ripresa al 2° giorno nei casi favorevoli. La cloruria aumenta sensibilmente anche nei primi giorni dopo l'intervento se si adoperano iniezioni di soluzione ipertonica.

L'azoturia diminuisce costantemente coll'atto operatorio, per risalire, ma non al normale, nel pomeriggio dopo l'intervento. Nella notte di nuovo ipoazoturia. Nel giorno sucessivo le variazioni nictemerali sono abolite, la curva aumenta raggiungendo il massimo al 3° giorno e ridiscende progressivamente fino al settimo.

Il bilancio azotato post-operatorio è negativo.

Paragonando questi dati risulta che diuresi, azoturia e cloruria prima dell'operazione decorrono parallelamente, durante l'intervento etere e 3-5 fino a un massimo di 10 cmc. di diminuiscono, nel pomeriggio diuresi e azoturia si elevano, cloruria no, nella notte si ha caduta della diuresi, della cloruria e dell'azoturia, il giorno seguente il cloro continua a diminuire mentre l'azoto aumenta.

Nei rapporti colla temperatura, il periodo operatorio di diminuzione della diuresi, della cloruria e dell'azoturia si accompagna a caduta della temperatura centrale e aumento di quella periferica. La prima fase post-operatoria, caratterizzata da aumento della diuresi e dell'azoturia, è accompagnata da aumento della temperatura centrale e da vasocostrizione periferica. Il parallelismo persiste nella seconda fase post-operatoria quando si ha caduta della temperatura e della diuresi. Nel periodo d'iperazoturia la temperatura tende ad essere elevata. L.

La narcosi nella pratica comune.

(D. KULENKAMPFF. *Mediz. Welt*, 6 maggio 1939).

La narcosi rappresenta una paralisi sperimentale del sistema nervoso vegetativo. Essa agisce sui gangli basali, dove giacciono strettamente agglomerati, i centri vitali della circolazione, del ricambio, del respiro. La reazione di questi centri vegetativi ai narcotici varia da individuo ad individuo: la quantità di narcotico va regolata caso per caso se la narcosi deve essere non pericolosa. Sono quindi pericolosi e da scartarsi quei procedimenti che introducono nell'organismo in modo definitivo una determinata quantità di narcotico (narcosi endovenose e rettali: pernocton, eunarcon, evipan-sodio, avertina, ecc.): tali metodi hanno causato la morte di numerosi pazienti, e per di più assoggettati ad interventi di lieve entità. Durante la narcosi sono da sorvegliarsi la respirazione e la buona arterializzazione del sangue: basta perciò riconoscere a tempo una lieve colorazione bluastra delle labbra, senza lasciarsi sviare da un inutile controllo del polso o ricerca dei riflessi corneali. L'accumulo di acido carbonico aggiunge alla narcosi una seconda intossicazione: però l'uso dell'ossigeno puro è dannoso, mentre è molto consigliabile la applicazione del tubo Mayo. Di primaria importanza è lo stato di tranquillità psichica del paziente: lo stato di agitazione impone l'uso di maggiori quantità di narcotico e rende la narcosi più pericolosa. Per evitare questi inconvenienti si tranquillizzerà il paziente e si inizierà la narcosi con un mezzo ad azione rapida quali l'etere o meglio ancora il cloruro di etile. Se possibile non si inizi mai una narcosi con cloroformio che può causare una rapida morte per paralisi di centri nervosi più che per paralisi cardiaca. Se si è costretti a iniziare la narcosi con

cloroformio, si usino dosi molto basse: la grandezza delle singole goccie non deve nemmeno arrivare a quella di una capocchia di spillo. A seconda dei casi può essere utile preparare il paziente alla narcosi con luminal, con atropina, con pantopon o laudano: si segua però il criterio di usare molti mezzi sedativi psichici e piuttosto pochi mezzi chimici. Una adatta anestesia locale rende possibile di eseguire interventi con più scarse dosi di narcotico: così nell'appendicite, nelle suture del perineo, nei raschiamenti uterini, in cui basta una lieve narcosi « inebriante ». Particolarmente importante è la anestesia locale negli interventi su regioni particolarmente dolorose, quali la regione anale, la pianta del piede, le dita.

Usando questi accorgimenti si risparmia molto narcotico, e quindi si diminuisce in proporzione la pericolosità della narcosi: per un'ora di narcosi bastano allora 50-60 cmc di cloroformio. P.

STELLECTOMIA.

La cura chirurgica delle sindromi di Menière. La stellectomia per le sindromi post-otitiche.

(L. BIANCALANA. *Minerva Medica*, 26 maggio 1939).

La sindrome di Menière pura, cioè quella descritta per prima, è caratterizzata da ipoacusia, vertigini e rumore d'orecchio. Collo stesso nome poi si sono indicate altre forme con sintomatologia ed origine patologica diversa e precisamente alterazioni vascolari del tipo Raynaud, ipertonia essenziale, le otiti croniche suppurate con distruzione labirintica, le labirintiti sierose.

Le sindromi di Menière senza passato otitico di vertigini possono dipendere da nevralgia o da nevrite dell'8ª. In caso di nevralgia la prognosi è buona; in caso di nevrite si deve per lo più ricorrere ad un intervento.

Nella sindrome di Menière tronculare sono associati i segni di interessamento dell'angolo pareto-cerebellare.

Sindromi di Menière pure e tronculari si possono avere anche nelle forme con passato otitico.

Varie centinaia di interventi hanno dimostrato che i risultati sono buoni nella forma senza precedenti otitici mentre sono poco buoni se c'è stata otite in precedenza.

La tecnica da seguire è quella di Dandy: trapanazione occipitale, apertura della dura madre, della cisterna magna, della cisterna laterale, ispezione della regione dell'angolo ponto-cerebellare, dissezione dell'VIII, sezione totale o parziale del nervo, chiusura della dura, e dei tegumenti.

Sono controindicazioni all'intervento l'età e i precedenti episodi meningei acuti.

Nelle sindromi di Menière pure l'intervento fa scomparire quasi sempre cefalea e vertigini e in gran numero anche gli acufeni. Nelle tronculari vertigini e cefalee scompaiono in un gran numero di casi, mentre gli acufeni persistono.

Se c'è aracnoidite cistica dell'angolo portocerebellare in genere basta asportare le cisti aracnoidee senza intervenire sul nervo.

Nelle sindromi di Menière post-otitiche, i risultati sono molto mediocri (50 % di guarigioni). L'A. tenendo conto dell'importanza del simpatico nell'orecchio e dell'elemento vasomotorio in tutte le manifestazioni dell'orecchio labirinto compreso ha praticato la stellectomia nella sindrome di Menière. L'intervento è giustificato dal fatto anatomico che il ganglio stellato fornisce una parte importante dell'innervazione della fossa cranica posteriore e dal fatto fisiologico che la stimolazione del simpatico cervicale eccita il labirinto.

Nella tecnica ha sempre seguito la via anteriore.

Ha operato fin'ora 5 casi di sindrome di Menière post-otitica e in tutti i casi ha avuto scomparsa delle vertigini e della cefalea, mentre gli acufeni sono persistiti in qualche caso. Egli consiglia la stellectomia perchè oltre a dare buoni risultati è meno grave, come intervento, della sezione del nervo. L.

Risultati lontani del trattamento dell'asma bronchiale con la stellectomia.

(R. LERICHE e R. FONTAINE. *Presse Médicale*, n. 13, 1939).

Gli AA., in base a quanto risulta dalla letteratura medica e dalla loro esperienza personale, ritengono che allorquando tutti gli altri mezzi terapeutici hanno fallito, un tentativo di stellectomia sia giustificato negli asmatici. Essi hanno operato complessivamente 14 individui di stellectomia per asma bronchiale. In un controllo a distanza su 12 di essi (2 pazienti non sono stati rintracciati) hanno riscontrato in 1 operato di stellectomia unilaterale sinistra guarigione completa dopo 13 anni dall'intervento, in un altro operato di stellectomia bilaterale pure guarigione completa dopo 7 anni e mezzo. Accanto queste due totali scomparse delle crisi asmatiche, essi contano 3 notevoli miglioramenti, nei quali dopo l'operazione la sintomatologia è divenuta insignificante sia per la frequenza che per l'intensità degli accessi asmatici. In un altro caso si ebbe una scomparsa totale delle crisi per 7 anni, dopo di che si verificò una recidiva della sintomatologia, per quanto molto attenuata. In 5 casi infine non è stato notato alcun benefico effetto. Complessivamente quindi i risultati total-

mente o parzialmente favorevoli sono stati 6 su 11 operati (55 %). Tale bilancio è particolarmente degno di nota, poichè ottenuto su pazienti che non avevano tratto alcun beneficio da ogni altro mezzo terapeutico sperimentato.

Secondo gli AA. una controindicazione alla stellectomia si ha nei bronchitici e negli individui a torace dilatato e rigido.

L'intervento darebbe i risultati migliori se eseguito bilateralmente.

Sette operati di stellectomia unilaterale hanno dato due buoni risultati e cinque insuccessi; in quattro operati dai due lati invece si sono ottenuti tutti esiti favorevoli.

Gli AA. si dimostrano piuttosto contrari alla vagotonia ed alla resezione del plesso bronchiale.

Essi ritengono al contrario che le infiltrazioni stellari preventive rendano reali servigi. È possibile con tale mezzo arrestare nettamente uno stato asmatico e permettere così di preparare convenientemente il malato all'atto operatorio. Inoltre, in una certa misura, si facilita in tal modo la selezione dei casi favorevoli alle operazioni simpatiche.

Infine gli AA. in base alla loro personale esperienza sulla stellectomia (325 di tali interventi) ribadiscono il concetto della sua estrema semplicità tecnica e della sua perfetta innocuità, immediata e a distanza.

G. MONTANARI.

OSSA.

L'importanza del dosaggio della fosfatasi plasmatica nei portatori di tumori metastatici delle ossa.

(E. BARENGO. *La Clinica Medica Italiana*, gennaio-aprile 1939).

In presenza di metastasi neoplastiche nelle ossa le fosfatasi plasmatiche sono costantemente aumentate. Questo dato può avere vero valore diagnostico nei casi non rari in cui la localizzazione primitiva da cui provengono le metastasi si mantiene a lungo muta.

Nel valutare la fosfatasi plasmatica bisogna tener conto dello stato della crasi sanguigna, del fegato e della tiroide.

Le fosfatasi nelle ossa furono messe in evidenza nel 1923 dal Robinson. L'osservazione ha avuto un'importanza notevole nello studio della fisiologia dell'osso, perchè mentre prima l'osso si riteneva solo una sostanza di sostegno, poi si è cominciato a considerare come un deposito di minerali disponibili dell'organismo e quindi come fattore di equilibrio del pH organico.

Gli autori più moderni considerano il tessuto osseo come un complesso colloidale in cui la sostanza organica sarebbe il mezzo disperdente e il sale minerale il mezzo disperso.

Il maggior interesse fisiologico delle fosfatasi è il loro rapporto colla calcificazione. Numerossime sono le teorie riguardanti il processo di calcificazione. Per alcuni il materiale calcareo sarebbe elaborato dagli osteoblasti. Il Pauli sostiene la teoria della precipitazione: fosfati e carbonati di calcio trasportati nel sangue precipiterebbero sotto influenze specifiche e precisamente l'assorbimento nelle cartilagini dei joni-calcio sarebbe tanto più facile quanto più il punto isoelettrico delle proteine è lontano in senso acido dalla neutralità. Peter e Van Slyke parlano di un fattore dinamico ad attività precipitante che chiamano precipitasi.

Secondo Heubner l'acido fruttosio-di-fosforico sarebbe trasportatore di ioni calcio per il processo di calcificazione. A questa concezione si ricollega la teoria della fosfatasi, fermento che sarebbe secreto dagli osteoblasti e che scinderebbe gli esteri fosforici circolanti nel sangue. Il Robinson dimostrò la coincidenza della comparsa nel feto di fosfatasi e di sostanza ossea. Inoltre il fermento c'è solo nelle cartilagini destinate ad ossificarsi e ricchi di fosfatasi sono i focolai di frattura.

Molti autori hanno addotto numerosi argomenti contro l'importanza della fosfatasi nel processo di calcificazione.

La prima malattia delle ossa in cui si studiò la fosfatasi è il rachitismo sperimentale, in cui si trovò aumento della fosfatasi delle cartilagini di coniugazione.

Nelle metastasi ossee la fosfatasi fu studiata dal Kay e da altri.

L'A. ha studiato il comportamento della fosfatasi in soggetti normali e in portatori di tumori in vari organi e in portatori di metastasi ossee.

Il metodo usato fu quello di Kay modificato da Jenner.

Le conclusioni a cui giunge l'A. sono queste: i valori delle fosfatasi ematiche sono quasi identici nei normali e nei portatori di tumori vari che non interessano le ossa, mentre negli individui con metastasi ossee i valori sono molto più elevati. Questo dato può avere valore semiologico.

L.

Ricerche biochimiche sulle reazioni generali dello scheletro in seguito a frattura di un osso ed unità fisiologica del sistema osseo.

(ROCHE. *Journal de Chirurgie*, vol. LIII, n. 6, pag. 737, giugno 1939).

L'A. riferisce alcune ricerche da lui eseguite in collaborazione con Marcelet, Filippi e Mourge riguardanti l'attività fosfatasica dello scheletro in seguito a frattura e le modificazioni generali della composizione chimica dello scheletro. Le osservazioni vennero eseguite su ratti e piccioni. L'enzima fosfatasico aumenterebbe pochi giorni dopo il trauma e si manterrebbe tale fino alla formazione del callo, un simultaneo aumento si avrebbe anche

nelle ossa intatte di un animale portatore di frattura. Sia nelle ossa fratturate che in quelle sane si osserverebbe prima una demineralizzazione della durata di 25 giorni, poi una completa e totale riparazione delle perdite subite, che traduconsi in un insieme di reazioni generali del sistema osseo, anche se la frattura è localizzata ad un solo elemento.

I fatti che l'illustre biochimico d'oltralpe riferisce sono tutt'altro che singolari, poichè in Italia da tempo è noto il comportamento biochimico dei fratturati non solo in rapporto ai sali, ma anche alla fosfatasi. Ricorderò i lavori di Austoni e Goggi, pubblicati in periodici italiani e francesi (Presse Médicale), che si sono occupati della fosfatasemia in seguito a frattura e quelli eseguiti nell'Istituto di Patologia Chirurgica e Propedeutica Clinica di Napoli da Giliberti e Montemartini.

Giliberti (Arch. Ital. di Chir. 1938) su cani ha riscontrato aumento dell'attività fosfatasica sia nel tessuto costituente il callo, che nelle diafisi in prossimità delle linee di frattura, raggiungente valori massimali per le superfici dei monconi di frattura.

Montemartini (*Policlinico*, Sez. Chir., 1938, n. 1) ha considerato il problema dal punto di vista clinico ed ha potuto dimostrare che i valori fosfatasemici salgono dai 20 ai 40 giorni dal trauma a valori doppi della norma. Ben più importanti sono i risultati ottenuti dallo stesso A. in due calli di fratture umane, operati l'uno per callo esuberante dell'omero imbrigliante il nervo, l'altro per un ritardo di consolidazione del femore coi seguenti valori:

omero (29 giorni dalla frattura): tessuto osseo mmg. 52 %, tessuto fibroso mmg. 60 %;
femore (69 giorni dalla frattura): tessuto osseo mmg. 44 %. tessuto fibroso mmg. 19 %.

Tali reperti dimostrerebbero un aumento considerevole della fosfatasi tissurale, espressa in mmg. di fosforo %, nei calli di frattura verso il 30° giorno, tale aumento è più spiccato nel tessuto fibroso neoformato, che nell'osso del moncone, mentre nel ritardo di consolidazione i valori del tratto fibroso si vanno riducendo. Questi risultati sono controllati da medie di numerose determinazioni eseguite su ossa normali di arti amputati per traumi.

Le ricerche di Montemartini praticate sull'uomo, concordanti con i risultati sperimentali di Timpe, De Lisi, Giliberti e Roche assumono pertanto una considerevole importanza e meritano di essere sottolineate per avere portato in Patologia Umana un problema biochimico, che, per ora, prima e dopo di lui fu trattato solo su animali da esperimento.

Notevole è invece il concetto di Roche sull'unità fisiologica del sistema osseo; egli in base alle sue osservazioni ritiene che tale sistema costituisca una entità biologica, nella quale il comportamento di ogni organo anatomicamente individualizzato, è alle dipendenze dei meccanismi generali regolanti lo sviluppo, la composizione e l'attività fisiologica dell'insieme dello scheletro. Tale concetto pur non concordando con precedenti, ma non esaurienti ricerche di altri osservatori, che si erano posto analogo problema, assumerebbe notevole importanza per l'interpretazione delle alterazioni chimiche ed enzimatiche, che si osservano nelle ossa e nel sangue dei portatori di lesioni ossee.

L. DOMINICI.

TERAPIA.

Studio critico sulla medicazione espettorante.

(P. DELORE, COUDERT e DUMONT. *Le Journ. de Médec. de Lyon*, 20 giugno 1939).

Questo studio fu ispirato dall'imprecisione che regna ancora in questo campo.

L'espettorazione è una difesa dell'organismo per sbarazzarsi di essudati patologici che ingombrano le vie respiratorie. Ci sono, secondo Gordonoff, due modi per disostruire i bronchi: l'uno meccanico o escreto-motorio e l'altro secretorio o secretolitico. Il primo facilita l'espulsione, il secondo aumenta la secrezione bronchiale e la fluidifica.

Pel fattore meccanico si è data un tempo molta importanza ai movimenti delle ciglia vibratili, Ma se esse hanno notevole funzione in stato di salute, ne hanno poca in stato di malattia perchè l'infiammazione attenua o anche sopprime la loro motilità. Quindi dal punto di vista della terapia espettorante le ciglia vibratili non hanno importanza.

La funzione della muscolatura liscia bronchiale è stata variamente interpretata. Non tutti ammettono l'esistenza di movimenti peristaltici.

Invece è la ventilazione polmonare che ha la maggiore importanza nel favorire i movimenti del contenuto bronchiale con movimenti ritmici di allungamento e accorciamento, dilatazione e restringimento dei bronchi. Questi movimenti sono più netti quanto più è ampio il ritmo respiratorio. Tutto questo è stato accertato con esami radiologici al lipiodol.

Questa funzione motoria della ventilazione polmonare è portata al suo più alto grado nella tosse. Essa si compie attraverso varie fasi: una preparatoria consistente in inspirazione più o meno profonda, una di tensione durante la quale si chiude la glottide e si contraggono i muscoli espiratori specialmente addominali e una di espulsione con apertura brusca della glottide ed espulsione rapida, intercisa, dell'aria bronchiale.

La tosse agisce come un colpo di scopa dei bronchi per mezzo dell'aria espirata. La velocità dell'aria espirata varia da m. 0,50 a 2,50 al secondo a livello dei bronchi e da m. 50 a 120 a livello della glottide. Agisce anche per compressione brusca del tessuto polmonare spremendo i piccoli bronchi nei grossi bronchi beanti.

Il fattore secretorio è ancora più complesso. La secrezione bronchiale è provocata dall'irritazione locale, ma anche da un riflesso che può avere origine centrale o periferica e partire anche dallo stomaco, come succede per le saponine, il cui meccanismo di azione si avvicina a quella ematica.

Il vago è secretorio e broncocostrittore, mentre il simpatico è broncodilatatore e inibitore della secrezione.

Il polmone è anche un organo escretore e agisce così elettivamente verso alcune sostanze (specialmente balsamici e canfora). La funzione escretiva è legata al riassorbimento, che è più facile se gli essudati sono fluidificati.

Scopo della medicazione espettorante è quindi di agire da una parte sui fenomeni motori e dall'altra su quelli secretori.

Ha notevole interesse il metodo con cui si è studiata clinicamente e sperimentalmente l'azione degli espettoranti. Sembra facile a priori studiare l'azione degli espettoranti in rapporto alla quantità della secrezione. Però ci sono delle obbiezioni da fare a questo metodo e precisamente che l'espettorato è un miscuglio di secrezione bronchiale e di saliva che non si possono separare nettamente, inoltre subisce variazioni quotidiane (specialmente nelle bronchiti acute), può essere deglutito o riassorbito.

Nonostante queste obbiezioni, la misura della quantità dell'espettorato è l'unico mezzo clinico che permetta di completare l'azione dei medicamenti espettoranti.

Le ricerche sperimentali sugli animali fatte studiando l'azione di varie sostanze sui movimenti delle ciglia vibratili, sulla secrezione bronchiale, sull'espulsione delle sostanze introdotte nei bronchi e sul riassorbimento delle sostanze introdotte nei bronchi non possono trasferirsi senz'altro all'uomo.

Gli AA. hanno fatto uno studio sistematico su malati servendosi di varie sostanze e precisamente l'ipecacuana, i prodotti antimoniali, la poligala, l'ioduro di potassio, il benzoato di sodio, la terpina, il cloruro d'ammonio, tutte sostanze somministrate per 6-8 giorni consecutivi.

L'ipecacuana aumenta e fluidifica la secrezione bronchiale, fa contrarre i muscoli di Reissessen secondo le nozioni classiche. Ma l'azione sulla muscolatura liscia è dubbia e dubbio è anche l'effetto secretorio, secondo alcuni.

Recenti ricerche di Gordonoff e Rosenthales fatte col metodo broncografico hanno dimostrato che l'effetto escreto-motorio prevale su quello secretorio.

L'ipecacuana fu data dagli AA. a 15 malati in dosi quotidiane di gr. 0,10 a 0,30. In 3 casi il volume dell'espettorato non si è modificato, in 12 è aumentato del 15-50 %. Dosi più deboli non hanno avuto efficacia. Quindi è necessario adoperare dosi più forti di quelle classicamente in uso. L'azione espettorante si manifesta dal 2° al 3° giorno di cura.

Il Kermes dato a 13 malati a dosi da gr. 0,05 a gr. 0,30 al giorno ha dato in 12 casi aumento del volume dell'espettorato e presenza di 10-20 cc. di espettorato in malati che non ne avevano. L'effetto si ha molto rapidamente, fin dal primo giorno.

L'ossido bianco di antimonio alla dose di 2 gr. al giorno ha dato, in 9 casi su 12, aumento dell'espettorato.

La poligala in 16 malati ha dato sempre aumento dell'espettorato alla dose di gr. 1,50 al giorno.

L'ioduro di potassio alla dose di 2 gr. al giorno ha dato aumento dell'espettorato in quantità variabile in 10 casi su 14. In 4 non ha avuto nessuna efficacia. Di 8 malati che non espettoravano, in 5 si ebbe con questa sostanza espettorazione da 5 a 20 cc.; in tre risultato negativo.

Il benzoato di sodio (4 gr. al giorno) in 15 malati, ha diminuito la secrezione bronchiale in 9, l'ha aumentata in 3 e in 3 ha avuto efficacia dubbia.

La terpina a dose di gr. 0,30 al giorno ha diminuito l'espettorazione in 11 casi e l'ha aumentata in 2. Alla dose di gr. 0,80 l'espettorazione è diminuita in 6 casi e aumentata lievemente in uno.

Il cloruro d'ammonio (3 gr. al giorno) in 10 malati non ha avuto azione importante, in 6 ha aumentata un po' la secrezione bronchiale e per poco tempo.

Gli AA. concludono che troppo spesso si danno espettoranti in maniera abitudinaria senza spirito critico nei riguardi della loro azione, che è necessario controllarne l'azione misurando la quantità dell'espettorato prima di cominciare la cura e che non è indifferente prescrivere l'uno o l'altro espettorante.

Essi ritengono che la poligola ha azione netta, costante e rapida e il Kermes pure. L'ossido di antimonio ha azione più tardiva e meno intensa.

L'ipecacuana ha azione lenta e incostante alle dosi abituali ed è, come gli antimoniali, sgradevole al palato. L'ioduro di potassio ha azione a volte spiccatissima ma incostante; non è quindi un espettorante fedele. L'uso del benzoato di sodio non è giustificato in pratica. La terpina dà diminuzione dell'espettorazione. Il cloruro di ammonio non aumenta la secrezione.

Non è consigliabile l'associazione medica-

mentosa di espettoranti con sedativi. La tosse, quando è utile, va rispettata.

L'associazione di espettorato ed oppiacei come nella polvere del Dower è giustificata non come sedativo della tosse, ma della dispnea, specialmente nei cardiaci.

L'uso di tonicardiaci (specialmente la canfora) facilita nettamente il meccanismo dell'espettorazione sia direttamente per azione secretolitica sia indirettamente sul centro respiratorio aumentando la ventilazione o favorendo la circolazione polmonare.

L'aggiunta di sciroppo ad un espettorante non è solo utile dal punto di vista gustativo, ma anche terapeutico, perchè lo zucchero ha azione secretolitica e favorisce l'espettorazione.

L.

MISCELLANEA.

Fenomeni di adattamento durante lo sport.

(W. KNOLL. *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 16 giugno 1939).

Come qualsiasi lavoro muscolare, ripetuto, lo sport porta con sè tutta una serie di alterazioni della funzione e anche della struttura anatomica dei tessuti e degli organi interessati. Queste alterazioni hanno per conseguenza un migliore adattamento ed un considerevole aumento delle prestazioni. Adattamento e aumento delle prestazioni non possono però mai superare un determinato limite, che varia da individuo ad individuo e che è fissato dalla eredità. L'adattamento funzionale comprende la innervazione dei muscoli, la frequenza del cuore, il ritmo del respiro, il ricambio, le alterazioni anatomiche consistono in una ipertrofia dei muscoli e anche in un rafforzamento dello scheletro osseo cui questi muscoli si inseriscono. Indice di queste alterazioni anatomiche è l'aumento di peso (aumento delle masse muscolari) che nel corso di un allenamento segue ad una iniziale perdita di peso (consumo dei depositi adiposi e diminuita idratazione dei tessuti). Il peso resta quindi stazionario anche se aumentano le prestazioni: l'aumento dei muscoli può arrivare solo fino al punto fissato dalla eredità. Se ora le fatiche diventano eccessive, il peso diminuisce, spesso anzi precipita e contemporaneamente si manifestano altri effetti molesti psichici e fisici (vulnerabilità dell'apparato locomotore). Sorpassata la capacità individuale di adattamento si possono manifestare anche una dilatazione acuta del cuore, una dilatazione permanente dei polmoni giovanili, la ricomparsa di albumina nell'urina (all'inizio dell'allenamento si ha la « albuminuria da lavoro » che poi scompare) e insonnia con aumentato bisogno di sonno.

L'adattamento funzionale nervoso consiste in una più rapida conduzione degli impulsi volontari, in una migliore coordinazione ed automizzazione dei movimenti muscolari e nell'acquisto di un determinato ritmo. Molto importante è l'adattamento reciproco dei ritmi del movimento e del respiro. Durante l'allenamento diminuisce gradatamente la accelerazione del respiro mentre aumenta il volume del singolo atto respiratorio: a riposo gli sportivi in allenamento presentano una bradipnea che non di rado arriva a 4-6 atti per minuto. Analogamente diminuisce sempre più durante l'allenamento la tachicardia da lavoro: in riposo gli sportivi presentano allora una bradicardia intorno ai 60. Anche nel campo del ricambio avviene un adattamento durante l'allenamento. In fatiche muscolari prolungate si arriva al cosiddetto « punto morto », si designa così quel momento in cui la disponibilità di ossigeno non basta più a soddisfare il fabbisogno: si ha allora una rapida diminuzione della capacità lavorativa, una incapacità di concentrazione volontaria e un precipitare della glicemia. L'allenamento rende questo stato più lieve e più rapidamente transitorio. Gli sportivi allenati sopportano anche un maggiore « debito » di ossigeno (16-20 litri). Nello stesso senso si può interpretare l'aumento della riserva alcalina nel sangue degli allenati perchè esso fa sì che il sangue possa legare una maggiore quantità di acido carbonico impedendo così una eccessiva acidosi dell'organismo. Si deve sempre tenere a mente che tutti i detti fenomeni di adattamento arrivano solo fino a un certo limite fissato individualmente e che non è possibile con nessun allenamento superare questo limite.

P.

La malattia di Werner Schultz.

(F. VELASCO MONTES. *Le Sang*, 1939, n. 6).

L'agranulocitosi, appena indicata, anzi presentita dal Türk nel 1907, fu descritta come individualità clinica dallo Schultz nel 1922. Essa è caratterizzata da scomparsa spesso totale dei granulociti del sangue, da processi ulceronecrotici della mucose e da evoluzione tossi-infettiva grave. Predilige il sesso femminile, compare bruscamente.

Il concetto di Schultz di un processo infettivo ad origine tonsillare è stato accettato fino al 1927 quando Rotch e Moser hanno parlato di forme atipiche o fruste di leucemie acute. Nel 1928 lo Schultz ammetteva varie cause e considerava l'agranulocitosi come una sindrome.

Furono poi pubblicati casi con trombopenia e anemia, casi di passaggio fra agranulocitosi e stati leucemici, casi con alterazione di tipo pernicioso.

Le forme emorragiche ricordano le leucemie. Ma ci sono forme che cominciano come un processo agranulocitario più o meno tipico e finiscono come leucemie.

Due casi di questo genere descrive l'A., uno riguardava un uomo di 30 anni che aveva, all'ingresso in ospedale, da 7.800 a 4.100 leu-

cociti con questa formula leucocitaria: 4 % mielociti immaturi, 2 % mielociti maturi, 8 % metamielociti, 4 % neutrofili giovani, 10 % monociti, 63 % linfociti, 9 % plasmazellen. Inoltre: emazie 4.100.000, Hb 95 %, trombociti 350.000.

Due giorni dopo una puntura sternale dava un midollo molto povero di elementi cellulari. Dopo 8 giorni gli elementi immaturi della serie bianca aumentarono e lo striscio midollare diede mieloblasti, promielociti, mielociti immaturi, metamielociti e cellule reticoloendoteliali aumentate e a carico della serie rossa microeritroblasti, mentre i megacariociti sono degenerati. Nei giorni successivi gli emogrammi dànno 60-65 % di mieloblasti e promielociti, con leucocitosi 8.200. Il malato muore dopo un paio di settimane per broncopolmonite sopraggiunta. In questo caso si è avuta prima una fase agranulocitica con reazione mieloblastica, poi una fase di leucemia mieloblastica subleucemica.

Il secondo caso si era verificato in uno studente quindicenne che si presentò con lesione broncopolmonare acuta che evolse in sette giorni. Gli emogrammi mostravano 10.500 leucociti con 2 % di neutrofili e 90 % di linfociti. Le punture medullo-sternali davano strisci ipoblastici con diminuzione più spiccata a carico dei granulociti. Qualche ora prima della morte si trovarono 21.600 leucociti (quasi esclusivamente mieloblasti tipici). L'autopsia diede il reperto tipico della leucemia.

Sui casi complicati o associati ha insistito il Nägeli, secondo il quale non si dovrebbero chiamare casi di agranulocitosi quelli che si accompagnano ad anemia notevole e a trombopenia.

Nelle agranulocitosi tipiche si ha diminuzione del numero dei leucociti granulosi (che presentano spesso strie basofile del protoplasma, vacuoli o granulazioni), diminuzione dei linfociti, monocitosi normale o aumentata. Il sangue neutrofilo quindi devia verso sinistra.

È importante nell'agranulocitosi l'esame del midollo: esso dà grandi diversità di reperti, da quello normale a quello alteratissimo. Un reperto di agranulocitosi con piastrine di numero e aspetto normali nel sangue periferico è di prognosi meno grave che quando le piastrine sono alterate.

Il Rohr, della clinica di Naegeli, ha distinto tre gruppi di agranulocitosi: un gruppo di casi gravi, a decorso fatale in breve tempo, caratterizzato da forte neutropenia e linfopenia, con midollo osseo povero di cellule invaso di grasso, con assenza completa di leucociti e con pochi mielociti alterati e forte iperplasia degli elementi reticoloendoteliali; un secondo gruppo non ha leucociti granulosi adulti nel midollo, ha invece mielociti, mentre il sangue ha monocitosi. I casi di questo gruppo hanno prognosi meno grave. Il terzo gruppo comprende le forme benigne dell'affezione: il midollo è quasi normale e nel sangue la leucopenia è variabile.

Quando l'agranulocitosi tende a guarire, il midollo cambia aspetto, il sangue torna normale anche se il midollo non si modifica, forse perchè le cellule neutrofile abbandonano il midollo prima di essere mature e si maturano nel sangue periferico.

L'A. ha potuto seguire numerosi casi in cui il confronto fra emogramma e striscio midollare mostra fra questi due reperti una certa costanza nell'aspetto.

Per quanto riguarda il reperto midollare, egli propone di dividere le agranulocitosi in tre gruppi:

1) midollo fortemente aplasico, che si può chiamare mieloblastico-promielocitario, perchè la maturazione s'arresta ai mieloblasti e promielociti. Son casi a prognosi grave;

2) midollo promielo-mielocitario giovane, cioè con maturazione più avanzata;

3) midollo metamielocito-neutrofilo giovane.

La successione di tre gruppi fu trovata nei casi con evoluzione verso la guarigione.

Per quanto riguarda gli elementi della serie rossa l'A. li trovò sempre normali; le piastrine solo in due casi apparivano degenerate. I megacariociti furono sempre trovati normali e sempre aumentato il numero degli elementi reticoloendoteliali. Le cellule del Ferrata, di cui tanto è stata discussa l'esistenza, sono state trovate in quantità variabile.

Il processo agranulocitario in via di guarigione può essere interrotto dall'esito letale improvviso per shock cardiovascolare. Complicazioni frequenti sono pure l'edema della glottide la broncopolmonite.

L'A. vide un caso che si può chiamare di agranulocitosi a tipo anafilattico, in cui c'erano nel sangue 16 % eosinofili ed eosinofilia nell'espettorato, sebbene non ci fosse nè ci fosse mai stata asma, che invece era presente nella madre del malato.

Di fronte alla frequenza di associazioni di carattere infettivo ci si deve domandare se il quadro agranulocitario crea un terreno adatto alle infezioni perchè priva l'organismo della difesa fornita dai granulociti o se questi stati infettivi, sopraggiunti in un momento allergico secondario o anteriore all'uso o all'abuso di sostanze tossiche che possono agire sul sistema emopoietico, possano provocare la distruzione di queste cellule sanguigne prima alla periferia e poi nel midollo, oppure se le sostanze tossiche che provocano la malattia distruggono prima gli elementi del midollo.

Le tre ipotesi non si escludono l'una l'altra, e, comunque, l'affermarne nettamente una o l'altra non chiarisce i numerosi punti oscuri che presenta questa malattia descritta solo 18 anni fa.

L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

G. BLECHMANN. *Maladies des nourrissons et des enfants.* II ed. Un vol. in-16° di 518 pagg. Doin et C.ie, Paris, 1939. Prezzo 90 fr.

La seconda edizione del buon manuale di Blechmann ci è presentata dalla prefazione fatta da un medico rurale, cosa insolita perchè generalmente le prefazioni si affidano a persone di fama ufficiale. Il fatto, però, non è privo di significato, perchè indica che l'A. — che è un noto pediatra ex-direttore di clinica — nel redigere questo suo libro ha tenuto soprattutto in considerazione i bisogni del modesto medico esercente lontano dai grandi centri ed è specialmente la sua approvazione che egli desidera. Ed è proprio il medico condotto che, avendo della clientela formata da bambini e fanciulli, sente maggiormente il bisogno di un manuale essenzialmente pratico di pediatria a cui ricorrere in caso di dubbi o di incertezze e per avere un buon consiglio al momento opportuno.

Il libro di Blechmann gli sarà quindi molto utile, perchè essenzialmente pratico, di rapida consultazione perchè quasi schematico, in cui le varie questioni sono presentate in modo succinto, chiaro ed efficace, anche per gli accorgimenti tipografici, che mettono più in rilievo certe parti più essenziali.

Poche righe destinate ad inquadrare l'argomento trattato nei rispettivi capitoli, qualche cenno di sintomatologia e diagnosi dove occorrono e poi le indicazioni terapeutiche. Dove l'importanza dell'argomento lo richiede la trattazione è più ampia, come per esempio nei capitoli riguardanti l'alimentazione, le forme broncopolmonari, ecc.

Il capitolo della sifilide ereditaria, che ha tanta importanza spesso misconosciuta, è stato affidato alla dott. J. H. Montlaur. Alla fine del volume, troviamo una trentina di pagine dedicate all'omeopatia nell'infanzia, scritte dal dott. M. Martiny, un allopata che, all'occasione applica anche l'omeopatia. Col neo-ippocratismo che prende sviluppo, anche questa viene messa in onore ed è assai diffusa all'estero; è bene che anche i nostri pratici ne abbiano un'idea.

Il medico pratico troverà in questo libro un buon consigliere. *fil.*

H. GEYER. *Zur Aetiologie der mongoloiden Idiotie.* Un vol. in-8° di 105 pagg. con 48 figg. G. Thieme, Leipzig, 1939. Prezzo RM. 7,80 (25 % di sconto per l'estero).

Fatto strano questa comparsa nella figliolanza di genitori sani e talora di intelligenza superiore alla norma, di questi poveri esseri deficienti, dalla tipica fisonomia della razza mongola ed ancor più strano quando si tratta di gemelli, in cui l'uno è normale e l'altro mongoloide. La ricerca della causa era stata finora infruttuosa.

L'A. si occupa con passione di questo problema ed, oltre ad una sana critica dei dati raccolti dalla letteratura, riporta 32 osservazioni personali, studiate a fondo con tutti i particolari anamnestici e genealogici e ritiene di poter riferire la genesi dell'idiozia mongoloide ad un'insufficienza ovarica funzionale della madre, che per lo più si trova prossima al climaterio.

La possibilità di esistenza di forme abortive di mongolismo e la correlazione fra l'età avanzata della madre e l'idiozìa mongoloide portano a considerare l'ipotesi della idiozìa displasmatica, come sottospecie della sindrome mongoloide.

Anche considerata come ipotesi da lavoro, la teoria avanzata dall'A. si presenta interessante. Rimane però da spiegare l'aspetto mongoloide che, non ostante il contrario parere dell'A., potrebbe ricondursi ad un lontano fenomeno recessivo ereditario ed agirebbe nelle condizioni invocate dall'A. di insufficienza ovarica funzionale. *fil.*

G. ROBIN. *Précis de Neuro-psychiatrie infantile.* Editore G. Doin e C., Parigi. Prezzo Fr. 60.

L'Italia possiede ottimi libri di neuropsichiatria infantile; classico ed insuperato quello di Sante de Sanctis. Questo di Robin ha proporzioni più modeste, ma sufficienti per orientare il medico generico in una materia che dovrebbe essere meglio conosciuta e non solo dagli specialisti.

Il libro ha un indirizzo clinico e pratico. Passa in rassegna le costituzioni psichiche, i diversi tipi di carattere e di comportamento, le reazioni speciali, le neurosi infantili, i disturbi del rendimento intellettuale, le demenze.

Con speciale chiarezza e maggiore ampiezza sono trattate alcune manifestazioni della psicopatologia infantile: mutismo, collera, menzogna, fughe, furti, suicidi, caparbietà, riso morboso, onanismo, enuresi, ecc.

DR.

N. KOPACZEWSKI. *Essai de Météoropathologie.* Paris, J. B. Baillière et fils., 1939, pag. 296.

Il Kopaczewscki già noto per giusta fama nel mondo scientifico sopratutto per i suoi studi sui colloidi, che raggiunsero la massima espressione di coltura, di dottrina e di esperienze nel grande trattato di « Biocolloidologia », pubblica questi saggi di meteoropatologia, che per l'ampiezza della trattazione meriterebbero un titolo molto meno modesto.

La « biometeorologia », o « bioclimatica » come la chiama il De Rudder, è un argomento di grande attualità come tutte le cose morte che rivivono, dimostrandosi che si trattava

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

soltanto di morte apparente, e non sempre spontanea: ciò accade in medicina con molta frequenza. Senza rifare la storia dell'influenza dei fattori meteorici su certi stati patologici, poichè si dovrebbe risalire all'epoca delle caverne e delle palafitte, basterebbe ricordare alcune massime dell'esperienza popolare di tutti i paesi e osservare un po' meglio noi stessi, specialmente quando una particolare sensibilità del sistema nervoso, ci rende, come diceva il Klebs, dei « veri barometri ambulanti ».

Quindi è ben dimostrato che la meteoropatologia esisteva anche quando l'osservazione clinica, accademica e togata, la relegava tra i pregiudizi e le superstizioni.

Il richiamo alla luce della verità doveva fatalmente avvenire specialmente per i grandissimi progressi della fisica sperimentale, e per la loro influenza sulle ricerche fisiologiche e i rispettivi controlli sulle osservazioni cliniche. Ma purtroppo come l'ignoranza delle scienze fisiche in genere, così quella del complesso fisico-meteorologico, in cui siamo immersi, e per il quale in gran parte si svolge il meccanismo della nostra vita e della biologia in senso lato, fa sì che si anteponga la limitata e spesso ardita scienza dei laboratori a quella del grandioso e illimitato laboratorio della Natura.

L'A. studia l'interessante argomento sotto ogni aspetto, e ad ognuno di essi corrisponde una parte del libro: lo studio dei caratteri fisici dell'atmosfera, quello della loro influenza fisiologica sperimentalmente documentata sugli animali, e quindi l'esame della sintomatologia, delle modificazioni umorali, delle lesioni anatomopatologiche constatate nel corso delle sindromi meteoriche acute. Segue un capitolo sulle meteoropatie, che hanno un decorso clinico non violento, non dovuto a choch, e che trovano il loro punto basale su particolari predisposizioni individuali; si interessa l'A. infine dei riferimenti delle vicende meteoriche con l'igiene, e del trattamento terapeutico delle varie sindromi.

Estesa è la parte dedicata alla bibliografia, che può essere utile guida a chi voglia occuparsi dell'argomento, come sarebbe desiderabile.

G. MÒGLIE.

W. ZÖRKENDORFER. *Le tipiche proprietà del « Peloide » e la loro importanza per l'azione dei bagni* (dal Trattato di Terapeutica balnearia e climatica, pubblicato da H. VOGT e K. KNOCH, fascicolo II). Berlino. I. Springer ed., 1938, pp. 34 con 12 figure nel testo.

Col nome di « peloide » (1) si designano i fanghi, le terre ecc. delle sorgenti balnearie che un'antica medicina popolare ha insegnato ad adoperare sotto forma di applicazioni locali, impacchi ecc. con notevole progresso della balneoterapia e della sua tecnica.

In questo suo breve scritto l'A. non si limita alla semplice enumerazione delle varietà dei fanghi, dei terreni ecc. da cui scaturiscono le diverse sorgenti ed alla descrizione dei caratteri geologici delle rispettive località della Prussia, ma si studia di mettere in evidenza la composizione di questi materiali ed i rapporti fra quest'ultima ed il potere balneo-terapico che ad essi ne deriva.

Il lavoro merita di essere segnalato come notevole contributo di ricerche dirette a convalidare con criterii razionali e scientifici il tradizionale empirismo che attribuisce virtù terapeutiche, credute talvolta miracolose, a tante fonti e sorgenti balneari ed ai metodi di cura ivi adoperati da secoli, con applicazioni locali di fanghi ecc.

Prof. V. MONTESANO.

(1) Definizione e classificazione di « Peloide », Cfr. Arch. of med. Hydrol., 12, 265, 1934. Citato dall'A.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Medica del Friuli.

Sezione Culturale del Sind. Fascista dei Medici.

Seduta del giorno 31 maggio 1939-XVII.

Presiede il prof. G. PIERI.

Sulla cura chirurgica della siringomielia.

Prof. G. PIERI. — Per la cura della siringomielia Elsberg e Puusepp hanno proposto di aprire la cavità siringomielica mediante una incisione del midollo sulla linea mediana.

L'O. riferisce la sua esperienza in argomento che si basa su 4 pazienti operate.

La prima dell'età di 65 anni, fu operata nel maggio 1931 per siringomielia lombare; si ebbe un miglioramento che persiste: la donna, che era condannata al letto per una rigidità totale degli arti inferiori, ora cammina abbastanza bene con le grucce.

La seconda una donna di 38 anni che l'O. presenta, fu operata di siringomielia cervicale nell'ottobre 1935; anche questa ha visto regredire lo spasmo degli arti inferiori e non più comparire i paterecci alle dita. Una terza operata, una donna di 31 anni con siringomielia cervicale, operata nel dicembre 1935, non ha ottenuto miglioramento dall'operazione, perchè la malattia era antica ed avanzata e le lesioni nervose irreparabili.

Il quarto caso concerne una giovane di 16 anni, che l'O. presenta e che fu operata nell'agosto 1935 per siringomielia del midollo dorsale. Seguì guarigione clinica completa, ma dopo circa un anno si verificò una recidiva, con rigidità grave degli arti inferiori. Operata nuovamente cinque giorni fa si trovò la cavità siringomielica riformata. Allora l'O. ha inciso nuovamente il midollo sulla linea mediana e ne ha fissati i margini estroflessi alla superficie interna della dura, in modo che la cavità restasse beante: egli realizzò dunque una sorta di « mielostomia » che si spera corrisponda allo scopo di evitare una nuova recidiva.

Interloquiscono: dott. AMBROSETTO, prof. MENCARELLI.

Sulla lesione del Monteggia.

Prof. G. PIERI. — Il Monteggia descrisse nel 1824 una lesione traumatica dell'avambraccio rappresentata da una frattura dell'ulna nella sua metà superiore, accompagnata da una lussazione anteriore del radio al gomito.

L'O. riferisce su 6 pazienti del genere da lui curati e dei quali presenta l'ultimo. Egli si preoccupò di ridurre la lussazione del radio mediante pressioni sul capitello dislocato, e portò poi l'avambraccio in massima flessione sul braccio (immobilizzandolo in questa posizione per 20 giorni) senza occuparsi della frattura dell'ulna che con queste manovre veniva a ridursi automaticamente.

I risultati furono in tutti i casi ottimi.

Anche a chirurgi di grande valore (per es. Malgaigne) è capitato di curare la frattura dell'ulna senza accorgersi della coesistente lussazione radiale, alla quale bisogna dunque sempre pensare nei casi di frattura isolata della diafisi ulnare nella sua metà superiore.

Un caso di sindrome di Ménière guarito mediante alcoolizzazione endolabirintica.

Prof. P. G. CANTELE. — L'O. presenta un caso di una giovane donna da quattro anni affetta da una grave sindrome menierica con neuro-labirintosi degenerativa da un lato, resistente ad ogni terapia medica praticatale. Dall'intervento, consistito nell'apertura del canale semi-circolare orizzontale con alcoolizzazione endolabirintica secondo Hautant, la paziente ottenne completa e stabile guarigione della vertigine. L'O. richiama l'attenzione su questo mezzo chirurgico specialistico che crede meriti di essere applicato più frequentemente, ma solo nei casi con precise indicazioni semeiotico-cliniche e potrà in tal caso risparmiare al paziente un radicale intervento intracranico.

Un caso di neurofibromatosi cutanea.

Dott. G. AMBROSETTO. — L'O. illustra il caso di una donna di 58 anni la quale presentava un tumore cutaneo della parete addominale nella regione epigastrica, esteso quanto un palmo di mano, che aveva l'aspetto clinico di epitelioma di ghiandola mammaria aberrante con metastasi nella cute circostante. All'esame microscopico risultò trattarsi invece di una neoplasia di natura neurofibromatosa.

L'osservazione offre all'O. la possibilità di richiamare, con la rarità del caso, le moderne vedute sulla istopatologia della malattia di Recklinghausen e il suo quadro clinico complesso.

Interloquisce: prof. CANTELE.

Sovra un caso di sodoku in Friuli.

Dott. F. CHIUSSI. — L'O. illustra un caso di sodoku con classica sintomatologia. La diagnosi può essere posta prima di avere la risposta decisiva del laboratorio tenendo conto della localizzzione primaria, della tipica febbre, della caratteristica eruzione cutanea. Le probabilità di rinvenire lo spirillo morsus muris vengono notevolmente aumentate se lo si ricerca nel sangue della cavia inoculata con sangue del malato. Sono sufficienti poche iniezioni di arsenobenzoli per ottenere la guarigione.

Interloquiscono: prof. MENGHETTI, dott. MININ.

Sindrome ulcerosa da mioma del duodeno.

Dott. G. PITTONI. — L'O. dopo aver parlato brevemente sui tumori benigni dell'intestino espone un caso da lui osservato: si tratta di una paziente ventenne che da quattro anni andava soggetta a dolori all'epigastrio, dolori che insorgevano a tutte le ore senza esser influenzati dai pasti o dal digiuno. Per otto volte ebbe melena molto intensa che portò la paziente ad uno stato di anemia gravissima. L'esame radiologico del tubo digerente eseguito per tre volte a distanza di tre, cinque e dodici mesi diede sempre esito negativo. Pensando si trattasse di ulcera duodenale non rilevabile coi raggi e continuando la melena la paziente fu sottoposta a gastroenterostomia. Al tavolo chirurgico non fu possibile rilevare alcun segno di ulcera a carico dello stomaco e del duodeno. Decorso postoperatorio buono. In sedicesima giornata, la paziente ebbe nuovamente ematemesi, melena e morì per anemia acuta.

Al tavolo anatomico fu messo in evidenza un tumoretto delle dimensioni di una castagna sviluppato a carico della muscolare del secondo tratto del duodeno.

Macroscopicamente il tumore presentava nella sua parte centrale delle lacune ripiene di sangue coagulato le quali mediante tramiti esilissimi comunicavano con la mucosa del duodeno. Da questo tumore, che l'esame istologico dimostrò trattarsi di un mioma, avevano avuto origine le emorragie che aveano portato a morte la paziente.

Interloquisce: prof. MENGHETTI.

Enterorragia mortale in gravidanza.

Dott. NICOLETTI. — L'O. illustra un caso di enterorragia mortale in gravida a termine riferita ad una ulcera duodenale nella quale la necroscopia mise in evidenza invece delle lesioni della mucosa lungo tutto il tratto gastroenterico dovuto all'infezione eberthiana.

L'O. mette in evidenza le difficoltà diagnostiche che il caso presentava e discute l'importanza del fattore gravidico nelle patogenesi della enterorragia.

Il Segretario: dott. GIOVANNI MINCIOTTI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le emorragie intraoculari recidivanti dei giovani.

Le emorragie intraoculari recidivanti interessano non solo l'oculista ma anche il medico. Queste emorragie sono state impropriamente dette « emorragie del vitreo », perchè il vitreo ha vasi solo nel periodo embrionale, mentre è avascolare dopo la nascita. Sarebbe più giustificato il termine di « ematomi del vitreo », ma è meglio parlare di emorragie.

F. Terrien (*Le bullet. medic.*,, 22 aprile 1939) descrive un caso che, eccezionalmente, si è manifestato in un vecchio di 60 anni. Egli aveva perduto la vista dell'occhio destro per trauma vari anni prima. Improvvisamente ebbe diminuzione brusca della vista dell'occhio sinistro. Veduto allora presentava emorragia intraoculare. Un paio di mesi prima aveva avuto un'altra emorragia nello stesso occhio sinistro e, dopo, l'emorragia si è ripetuta altre due volte. Le urine di questo malato contenevano ormone melanoforo dilatatore ipofisario.

La sintomatologia di queste emorragie è la seguente: improvvisamente e senza causa apparente nè dolore (solo senso di tensione) c'è stata diminuzione e scomparsa della vista di un occhio. A volte questa scomparsa si ha gradatamente in poche ore ed è preceduta da fotofobia e cefalea. L'aspetto esterno dell'orecchio non è modificato; la pupilla reagisce alla luce. Si differenzia l'emorragia dal distacco retinico, perchè in quest'ultimo il malato ha la sensazione che solo una parte dello spazio gli è sottratta alla vista.

L'esme oftalmoscopico dà un fondo scuro con zone più chiare, rosse.

L'origine venosa di queste emorragie è stata nettamente dimostrata dal Bonnet, che vide l'esistenza di vene ad aspetto moniliforme delle vene dell'occhio sano.

La diagnosi differenziale si deve fare con un neoplasma intraoculare e collo scollamento retinico.

L'evoluzione è caratteristica: la 1ª emorragia si riassorbe rapidamente, tanto che in poche settimane l'acuità visiva può tornare normale. La rapidità di assorbimento è maggiore quanto più il malato è giovane. Le emorragie successive si riassorbono più lentamente e il ripristino della capacità visiva è sempre meno completo.

La prognosi varia secondc l'evoluzione. È buona se l'emorragia non si ripete spesso. Anche nei casi con cecità di lunga durata si può avere ritorno della capacità visiva sia pure parziale.

L'etiologia è ignota. La sifilide si è trovata nel 42 % dei casi. Per alcuni si tratta di tubercolosi del corpo ciliare, per altri di intossicazioni endogene ed esogene (piombo, fosforo, ossido di carbonio). Alcuni ritengono che l'origine si debba cercare in alterazioni ipofisarie, tiroidee.

La patogenesi ipofisaria può spiegarsi tanto con un'azione diretta della ghiandola sul chiasma, quando con azione indiretta della pressione sanguigna. Secondo Van Lint si deve anche ammettere una fragilità vascolare.

La cura è varia. La terapia antiluetica non è sempre efficace anche in casi in cui la sifilide è certa. Lo stesso si deve dire per la cura tubercolinica. In alcuni casi è utile l'antitiroidina, in altri l'estratto ipofisario posteriore, in altri l'hemostyl. Altri consigliano la vitamina C, altri ancora l'irradiazione dell'occhio e della milza, altri la legatura della carotide.

Come cura locale l'unico procedimento che l'A. consiglia è il collirio alla pilocarpina se la tensione oculare è aumentata. È sconsigliata la puntura del vitreo, che invece Zur Nedden usa nonostante i suoi pericoli. Può essere utile (almeno è certamente innocuo) il sanguisugio o l'applicazione di ventose alla regione temporale. L'uso di iniezioni retrobulbari di soluzioni clorurate o di novocaina si può fare con quantità minima di liquido. Hartmann ha consigliato le iniezioni retrobulbari di soluzione di cianuro di mercurio 1/3000 (qualche decimo di cc.). Bailliart consiglia la diatermocoaugulazione dei punti sanguinanti.

L'A. riassumendo consiglia solo pilocarpina nelle forme lievi, pilocarpina e iniezioni retrobulbari di soluzione clorurata o novocaina nelle forme molto recidivanti, riservando la diatermocoagulazione solo alle forme gravissime.

Nonostante la terapia attivissima ci sono casi che conducono alla cecità, al glaucoma, al distacco retinico. L.

La vitamina C nell'occhio senilizzante.

Parecchie sono le vitamine (A, C, G) che hanno importanza per le varie strutture dell'occhio. S. M. Bouton (*Arch. intern. med.*, maggio 1939) ha saggiato su numerosi pazienti il deficit di acido ascorbico ed ha trovato che non solo tale deficit era rilevante, ma che questi pazienti difficilmente potevano mantenere valori molto elevati di acido ascorbico nel plasma, quando si somministrava loro un eccesso di tale sostanza. In tutti i 10 pazienti, che vengono particolarmente considerati (gli altri 2 per le loro condizioni psichiche non potevano dare risposte attendibili) vi era opacità del vitreo, di gradi diversi, in 5 cataratta moderatamente avanzata; altri reperti sono stati papilla pallida ed arterie retiniche strette ed alquanto tortuose.

Dei 5 pazienti con cataratta, 4 non ebbero miglioramenti di sorta; nell'altro (una donna di 56 anni, già operata per cataratta all'occhio sinistro) la lente del destro non dimostrò modificazioni, ma si ebbe sensibile diminuzione dell'opacità del vitreo (specialmente notevole a sinistra), con miglioramento nella visione di entrambi gli occhi.

Negli altri 5, si ebbe sensibile miglioramento nella visione ed i pazienti si espressero affermando che i loro occhi erano diventati più forti, che potevano leggere o cucire senza occhiali, che ci vedevano più chiaro. I miglioramenti erano rilevabili inoltre sia con l'esame dell'acutezza visiva, sia con il reperto oftalmoscopico.

Anche lo stato generale migliorò ed i pazienti avvertivano un maggiore benessere generale. Il trattamento risulta più efficace quanto meno vecchio è il paziente.

L'A. non precisa la quantità di acido ascorbico somministrato (in forma di pastiglie) a tali pazienti; probabilmente è la stessa (600 mg. al giorno) somministrata a tutti gli individui sui quali ha studiato il deficit di tale sostanza. Gli effetti, se si hanno, si manifestano entro i primi 15 giorni di trattamento ed è inutile prolungare questo oltre tale limite.

fil.

Le fratture della base del cranio.

Come osserva Bauer (63° *Congr. della Soc. ted. di chirurgia*, aprile 1939) le fratture della base cranica sono essenzialmente un tributo pagato alla tecnica ed al traffico dei trasporti; il 59 % degli infortunati da mezzi di trasporto presenta tale lesione; il 31 % di essi muore prima di poter mettere in opera dei mezzi di cura; il 66,5 % di tutte le fratture del cranio interessano la base. La mortalità dei 4200 casi osservati è del 39,2 %. L'ematoma ad occhiali, che si è osservato spesso non è patognomonico della frattura della base, di cui la diagnosi può spesso farsi soltanto indirettamente dal complesso dei sintomi.

Importante è la radiografia, che però non è di agevole interpetrazione; è necessario farne tre, specialmente la presa assiale a testa pendente.

La contusione cerebrale determina pressione, locale e generale, sul cervello; contro di essa, sono indicate le iniezioni endovenose ipertoniche di sale e di glucosio; la puntura lombare dà in quasi tutti i casi miglioramenti subbiettivi ed obbiettivi. Parecchi autori, però, vi sono contrari perchè temono che, con i cambiamenti di posizione che viene così a subire il cervello si possano avere nuove emorragie. Come mezzo per alleviare i fatti di pressione cerebrale, il chirurgo ha a disposizione la trapanazione decompressiva; con questo metodo applicato a tempo, Cushing avrebbe ottenuta la riduzione della mortalità da 50 % a 15,5 %; secondo Dandy, l'indicazione per tale intervento si ha nel 10 % dei casi; le emorragie extradurali ne costituiscono una stretta indicazione. L'ematoma extradurale viene riconosciuto dai seguenti sintomi: stato d'incoscienza, compressione cerebrale, sintomi a focolaio (emiplegia, accessi epilettici del tipo jacksoniano, anisocoria). Nell'ematoma subdurale, la mortalità per interventi operativi è nettamente più alta; di 512 ematomi 52 non vennero diagnosticati.

Nelle lesioni craniche è spesso compromesso l'orecchio; il pericolo di meningite, però, è minimo (2,5 % su 430 casi).

La prognosi della capacità lavorativa dopo le fratture del cranio non è buona; rimangono spesso paralisi di nervi e lesioni degli organi di senso, mentre sono rari i disturbi psichici. Come conseguenze tardive sono menzionate le cicatrici cerebrali, che possono provocare degli accessi epilettici da un lato del corpo. Per quanto riguarda l'intervento chirurgico, l'A. è del parere che non si debba trapanare molto, ma farlo al momento opportuno quando è indicato.

fil.

Il trattamento delle fratture mediante le infiltrazioni anestesiche.

Le ricerche sperimentali e l'oscillometria hanno dimostrato che ogni trauma determina uno squilibrio brusco del regime vasomotorio della parte colpita. L'eccitazione traumatica delle terminazioni nervose dei legamenti articolari, del periostio, delle estremità epifisarie provoca modificazioni vasomotorie locali che sono la causa del dolore, dell'iperemia, del gonfiore, dell'edema, la cui persistenza determina una vera malattia. In effetti la perturbazione vasomotoria genera disturbi secondari e persistenti (atrofia muscolare, alterazioni trofiche, osteoporosi) che durano oltre il tempo necessario per la sola riparazione anatomica.

Leriche ha dimostrato che l'anestesia degli elementi nervosi sensitivi dei legamenti, del periostio, dei tessuti sottocartilagineo, sottosinoviale e osseo ostacola o attenua il disturbo vasomotorio iniziale, e che la ripetizione di iniezioni anestetizzanti impedisce la produzione di esiti permanenti.

Questo metodo aveva incontrato qualche opposizione nel trattamento delle fratture. Ma con opportune cautele, riguardanti la immobilizzazione immediata e la mobilizzazione ulteriore, si è trovato che l'anestesia del campo di frattura può dare buoni risultati. Nelle fratture con spostamento dei frammenti le indicazioni ortopediche conservano il loro valore: l'infiltrazione analgesizzante è utile solo per prevenire i postumi vasomotori e trofici. L'infiltrazione ha invece un'indicazione esclusiva

nelle fratture diafisarie o ipefisarie con spostamento osseo nullo o minimo, nonchè nelle fratture la cui riduzione è inoperante o superflua (frattura dell'omoplata, delle tuberosità).

P. Wertheimer e M. Servelle (*Revue d'Orthopédie*, marzo 1939) hanno adoperato l'infiltrazione novocainina in 26 casi di frattura con i seguenti risultati: 2 fratture del corpo dell'omoplata guarite in un mese; 4 fratture della clavicola entro 25-30 giorni; quattro fratture delle tuberosità dell'omero in 12-23 giorni; 3 fratture del collo chirurgico dell'omero in 15-35 giorni; 2 fratture della rotula in 25 giorni; 2 fratture di metatarsi in 15-19 giorni; una frattura della testa del radio in 11 giorni; una frattura dell' epitroclea in 25 giorni: 5 fratture dei malleoli in 15-40 giorni; 2 fratture delle apofisi trasverse delle vertebre lombari in 12-20 giorni.

La maggior parte dei feriti furono esaminati molto tempo dopo la dimissione dall'ospedale. In tutti si constatò l'eccellente qualità della guarigione: non atrofie muscolari, non osteoporosi, non postumi dolorosi.

In base alle esperienze fatte si può ammettere che l'infiltrazione anestesica come procedimento esclusivo deve essere riservata alle fratture del corpo dell'omoplata, alle fratture della clavicola senza notevole spostamento, alle fratture dei metatarsi, alle fratture dell'olecranon senza notevole distacco, alle fratture senza spostamento della rotula, alle fratture della tuberosità e delle apofisi trasverse.

Infine il metodo dell'infiltrazione novocainica non può consentire una mobilizzazione immediata ed il ripristino funzionale istantaneo. La mobilizzazione forzata, i massaggi prematuri, rappresentano errori terapeutici che ostacolano gli effetti dell'anestetizzazione, essendo essi stessi generatori di iperemia di riflesso vasomotori, di dolori, di disturbi riflessi motori e trofici.

Dr.

Il trattamento delle fratture costali con una cintura elastica.

L'alleviamento del dolore nelle fratture costali ed anche nella pleurite secca dipende molto dal materiale usato per l'immobilizzazione. È ovvio che la fasciatura inestensibile è poco gradita a causa della notevole costrizione che esercita e che sia quindi preferibile una elastica; le fasciature, poi, scivolano facilmente e perdono la loro tensione.

Un miglioramento si è ottenuto con il cerotto elastico di buona qualità, con cui si apprestano dei cingoli che calmano subito e notevolmente il dolore. Ma il cerotto presenta un inconveniente, quello di irritare la cute, determinando talora delle dermatiti pustolose, che incomodano molto il paziente e ritardano anche la ripresa del lavoro.

Con la fasciatura si circonda ad anello il torace, mentre il cerotto si può applicare ad una metà, limitando così la costrizione respiratoria; però l'alleviamento del dolore non è sufficiente. Bene risponde, invece, una cintura elastica alta 8-10 cm. di tessuto gommato molto fitto e di materiale adatto. In tal modo, si calmano rapidamente i dolori e non si corre il pericolo di danneggiare la cute. Un altro vantaggio è quello di poter tendere a volontà tale cintura e di portarla anche sulla camicia.

Per apprestare tale cintura, si acquista del buon tessuto elastico, alto 8-10 cm. e di lunghezza corrispondente a quella del torace, meno il 10-20 %. D'ambo i lati, si applicano dei gangherelli. Una volta ben riconosciuto il punto dolente, si distende al disopra di esso la cintura, circondandone tutto il torace ed allacciando poi con un cordone i gangherelli come si trattasse di un busto. L'intensità della tensione dipende dalle sensazioni del paziente. Per impedire lo strofinìo del cordone sulla pelle, si può mettere al disotto un panno.

Tale cintura ha dato eccellenti risultati in molti casi; essa non è adatta per gli adiposi a causa della forma conica del torace e nelle persone un po' rozze, che non sono capaci di sorvagliare la fasciatura. Essa permette anche il ritorno al lavoro se questo non è troppo pesante.

fil.

Il trattamento delle grandi emorragie da ulcera peptica.

J. S. Ladue (*Arch. of intern. med.*, giugno 1939) basandosi sull'esperienza di 82 casi ammessi in una diecina d'anni al Long Island hosp. di Brooklyn, così schematizza il trattamento da farsi in tali emergenze.

La terapia ha quattro scopi: 1) arrestare l'emorragia e favorire la formazione di coaguli; 2) prevenire aumenti di pressione, che possono distaccare i coaguli; 3) opporsi allo « shock »; 4) impedire che la secrezione gastrica esplichi la sua azione sul punto sanguinante.

Provvedimento essenziale è il riposo assoluto in letto, somministrando anche della morfina per un giorno o più. L'uso dei coagulanti è stato sospeso, in considerazione della loro inefficacia. Sono sconsigliabili le somministrazioni parenterali di liquidi, che finiscono per elevare la pressione; così pure, la trasfusione si metterà in opera soltanto in casi eccezionali ed in quantità assai limitate (150-200 cc.); sarà invece molto utile 7-10 giorni dopo la cessazione dell'emorragia. Lo « shock » si combatte col riposo assoluto, la morfina ed in casi eccezionali, con le piccole trasfusioni; importante è che il paziente sia tenuto ben caldo; per questo è anche sconsigliabile l'uso della vescica di ghiaccio sull'epigastrio.

L'A. è favorevole alla somministrazione di alimenti adatti e consiglia, per i primi due giorni dopo l'emorragia, di dare ogni 1-2 ore 120 cmc. di una soluzione di gelatina a concentrazione che sia la metà di quella in uso per fare le gelatine, con aggiunta di lattosio e succo d'arancio. Al terzo giorno, si potranno aggiungere delle creme di cereali, semolino, latte, e creme, passando al 7°-10° giorno ad una dieta normale per pazienti con ulcera. È necessario assicurare l'introduzione di 1920 cmc. di liquido con un minimo di 1000 calorie al giorno. La gelatina così somministrata ha il vantaggio di combinarsi col succo gastrico eventualmente presente e di calmare la sete tormentosa. Per un litro, si userano 30 g. di gelatina, 90 di lattosio ed il succo di un arancio.

Degli 82 pazienti 54 (66 %) avevano ulcera duodenale, 11 (13 %) gastrica; in 17 (20 %) all'esame radiologico non si trovò ulcera di sorta; 3 pazienti morirono per malattie intercorrenti o sopravvenute; degli altri 79, ne morirono 5 (6,3 %); 2 morirono dopo trasfusione ed infusione. Fra i pazienti trattati col metodo dell'A., la mortalità fu di 1,3 e l'autopsia rivelò condizioni non trattabili chirurgicamente.

fil.

La morfologia e la funzionalità della colecisti nell'ulcera gastroduodenale.

Rabboni (*Annali Ital. di Chirurgia*, n. 1-2, 1939) proponendosi di meglio precisare i rapporti funzionali esistenti tra le vie biliari extraepatico e tubo gastro-enterico, ha studiato radiologicamente la morfologia e la funzionalità della colecisti nei casi con ulcere gastriche e duodenali seguendone il comportamento anche dopo l'intervento, ed ha constatato che nell'ulcera g. o. d. la colecisti presenta un volume maggiore che di norma, talvolta un atteggiamento ptosico con ombra pallida ed a margini sfumati; per quanto riguarda l'attività funzionale il tempo di svuotamento si è presentato in alcuni casi ritardato, in altri si è mantenuto entro limiti normali.

Dopo l'intervento consistente nella gastroenterostomia nell'appendicectomia e nella viscerolisi, l'A. ha osservato in alcuni casi modificazioni della colecisti sia a carico della morfologia che dell'attività motoria e consistente nella riduzione di volume dell'ombra vescicolare nell'acceleramento del tempo di svuotamento.

Tali alterazioni morfologiche e funzionali della colecisti che si trovano ugualmente nella sindrome destra semplice, senza ulcera non sono dipendenti dall'ulcera ma sono conseguenza delle lesioni dell'addome destro che precedono e accompagnano sempre l'ulcera.

BERNABEO.

La linfogranulomatosi dello stomaco.

R. Rukowski (*Münch. med. Woch.*, 30 dicembre 1938) ha osservato tre casi di questa rara affezione.

Nel primo si trattava di un cachettico, il cui reperto istologico eseguito dopo l'autopsia dimostrò trattarsi di un linogranuloma gastrico.

Nel secondo caso v'era un aspetto radiografico interessante: ulcerazioni multiple e una ulcera callosa a livello della piccola curva, in altri tratti la mucosa aveva un aspetto poliposo. Vi era inoltre una spiccata acidità. All'intervento si pensò ad un cancro, soprattutto per la presenza di grossi gangli. Fu praticata una resezione. All'esame istologico fu fatta l'esatta diagnosi.

Il terzo malato aveva una sindrome tipica di morbo di Werlhof. Venuto a morte fu fatta diagnosi macroscopica di cancro perforato nel pancreas e nel fegato. L'esame istologico dimostrò l'esatta diagnosi.

L'autore insiste sull'importanza di questi casi e in modo particolare, discutendo l'azione della radioterapia sui cancri dello stomaco, pensa che certi casi di guarigione con i raggi X del carcinoma gastrico, siano, molto probabilmente, delle linfogranulomatosi non diagnosticate.

M. PEREZ.

La pseudoachilia.

Vi sono casi in cui, dopo il pasto di prova di Ewald-Boas, è negativa la ricerca dell'acido cloridrico, pure mantenendosi la secrezione di esso. W. Kerppola (*Acta med. Scandinav.*, 1939, n. 1) che ha studiato 75 casi di tale malattia trova che i 2/3 sono donne. I disturbi gastrici accusati sono generalmente del tipo acido: pirosi, rinvio di acqua acida in bocca, male sopportati i cibi acidi, grassi e fritti; spesso anche la carne ed il caffè determinano disturbi. Dolori vaghi, non ad ore fisse, nella metà dei casi vomito, spesso costipazione, piuttosto rara la diarrea. In oltre la metà dei casi, disturbi del sistema nervoso (psico- od organo-neurotici).

Come si è detto, la ricerca dell'acido cloridrico dopo il consueto pasto di prova è negativa; ma la si può far diventare positiva, somministrando degli alimenti irritanti od un pasto pesante, oppure con la prova dell'istamina (mg. 0,1 per kg. di peso). L'A. consiglia di fare la ricerca dell'acido cloridrico 2-4 ore dopo il consueto pranzo; si troverà allora spesso dell'iperacidità, che spiega i disturbi a tipo acido che si hanno nella metà dei casi; in alcuni, l'acido cloridrico è riconoscibile soltanto parecchie ore dopo il pasto e soltanto per breve tempo.

fil.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il ricambio dei cloruri negli ulcerosi gastro duodenali.

G. Conti e G. Montanari (*Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. 8-9, 1938) hanno condotte ricerche su 20 p. affetti da ulcera gastrica e duodenale con sintomatologia decorrente da lungo tempo e nei quali era indicato un intervento chirurgico, a scopo di controllo anche su 5 individui perfettamente sani.

Hanno studiato il comportamento della cloruremia dopo un'iniezione di 1 mmgr. di istamina ed hanno notato un abbassamento dei valori cloruremici più accentuato e più duraturo di quello riscontrato in individui di controllo perfettamente sani. Tale comportamento è, secondo gli AA., da mettersi in relazione non tanto con la ipersecrezione cloridrica gastrica, non sempre presente negli ulcerosi gastroduodenali, quanto anche con un frequente stato di vera cloruropenia organica, la quale può essere determinata da molteplici fattori quali il vomito, la dieta limitata da molto tempo, il dimagrimento, la sudorazione, la iperazotemia, l'emorragie, ecc.

Questo latente stato di cloruropenia, messo in evidenza dalla iniezione di istamina, è da tenere nel debito conto specie in vista di un eventuale intervento chirurgico. Secondo gli AA. sarebbe bene procedere ad una reclorurazione dell'organismo mediante somministrazioni abbondanti di cloruro di sodio e con gli alimenti e per via endovenosa, poichè tale prezioso sale sarà particolarmente utile nella lotta che l'organismo dovrà sostenere durante e dopo l'intervento chirurgico.

G. LABOMBARDA.

Sul comportamento della glicemia alimentare nei ciclisti.

L. Miglino (*Medicina dello sport e dell'educazione fisica*, febbraio 1939) rileva come l'importanza del glucosio e delle sue trasformazioni nell'organismo umano è sempre andata aumentando fino ai giorni nostri, specialmente in rapporto al lavoro muscolare.

Per vedere il comportamento del glucosio somministrato immediatamente prima di iniziare una fatica, l'A. ha praticato la curva glicemica in nove soggetti a cui aveva fatto ingerire 100 gr. di glucosio immediatamente prima di iniziare una corsa in bicicletta della durata di un'ora e mezza alla media di circa Km. 35 orari.

A conclusione delle sue ricerche l'A. pensa che anche durante il lavoro muscolare il glucosio può venire assorbito dall'intestino ed essere subito immagazzinato nel fegato. Per accertare tale ipotesi l'A. propone di praticare il dosaggio dello zucchero nel fegato di animali affaticati dopo somministrazione di glucosio per bocca. Se fosse impedito l'assorbimento intestinale si dovrebbero avere valori molto bassi del tasso glicemico epatico per effetto della immissione in circolo avvenuta, mentre se l'assorbimento avviene ancora e l'innalzamento del tasso glicemico è impedito per il rapido immagazzinamento, si dovrebbero avere valori o normali o aumentati.

F. TOSTI.

VARIA

Sviluppo delle mammelle ottenuto con applicazione locale di ormoni estrogeni.

L'esperienza e la clinica hanno dimostrato che lo sviluppo delle glandole mammarie dipende primitivamente dall'azione simultanea dell'estrogeno e del corpo luteo. C. M. Mac Bryde (*Journal Americ. Medic. Assoc.*, 18 marzo 1939) ha avuto occasione di confermare tale fatto sullo sviluppo dei seni e di altri caratteri sessuali secondari in tre donne con note marcate di ipogonadismo. Due delle pazienti, di 24 anni, non erano mestruate, e la terza maritata, di 28 anni, dopo il primo parto era diventata amenorroica.

Le iniezioni settimanali di 150.000-350.000 I. U. di estrone o benzoato di estradiol provocarono un notevole ingrossamento delle mammelle, mentre le condizioni della vagina passavano dal tipo inattivo ad uno stato attivo estroso. Con la scomparsa dei sintomi dell'ipogonadismo si verificava un notevole miglioramento delle condizioni psichiche.

Le iniezioni di 5 I. U. di estratto di corpo luteo, ripetute quotidianamente per 40 giorni non avevano determinato alcuna modificazione del petto, ma quando si alternarono iniezioni di 1 I. U. di progesterone ed iniezioni di 20.000-50.000 I. U., di estrone o benzoato di estradiol, le mammelle cominciarono a svilupparsi rapidamente. Il trattamento simultaneo con ormone estrogenico e di corpo luteo provocò la formazione di seni ben solidi.

Dopo la scomparsa dei seni sviluppati con detto procedimento si fecero applicazioni locali di lanolina e vaselina contenenti 5000 I. U. per grammo di estradiol o di benzoato di estradiol. La pomata si spalmava ogni giorna nelle quantità di 5 gr. (25.000 I. U.) su di un solo seno per un'area di circa 10 cmq. avente per centro il capezzolo. Sull'altro seno non si applicava la pomata, ma si praticava il medesimo massaggio. Si constatò un netto sviluppo del seno trattato ed un leggero aumento anche di quello dell'altro lato, nonchè modificazioni della vagina, ingrossamento dell'utero, attenuazione dei sintomi di ipogonadismo, fatti tutti che deponevano per l'assorbimento dell'ormone. È interessante la circostanza che mentre le iniezioni ad un certo momento non hanno più efficacia, con l'uso delle pomate si ha un incessante sviluppo del seno.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

CATANZARO. *Cons. prov. antitub.* — Direttore Sez. dispensariale di Crotone e della Sez. di Vibo Valentia. Titoli ed esami. Per ciascun posto, stip. iniz. 6000, ind. s. a. 1500; diarie fuori resid. 40 giornaliere; consentito eserc. prof. Età massima 40 a. al 19 luglio. Scad. 3 mesi dalla stessa data.

COSENZA. *F. N. F. Mutue Mal. Lavor. agric.* — Medico ispettore per la prov. Assunz. con contratto d'impiego a tempo indeterminato. Stip. mensile 2600. Scad. 30 agosto. Rivolgersi alla « Mutua », Piazza Vittoria, 16, Cosenza.

PAVIA. *R. Prefettura.* — Uff. Sanitario per i Consorzi di Mortara e Stradella. Titoli ed esami. Per ciascun posto, 18.000, 5 aumenti del 1/10; 6000 per rimb. spese trasporto. Età massima 35 a. Scad. ore 12 del 15 sett.

PIACENZA. — Presso il Concorzio antitub. di Piacenza, è aperto il concorso per Assistente sanitaria visitatrice della Sez. Dispensariale di Fiorenzuola d'Arda. Stip. annuo 7000 aumentabili; età massima 40. Scad. ore 12 del 16 sett. Informazioni e schiarimenti alla sede del Consorzio, presso l'Amministrazione provinciale, Via Garibaldi 50, Piacenza.

ROMA. *2 Concorsi per gli Istituti Ospitalieri.* — Sono aperti i concorsi per « titoli » e per « esami » congiuntamente per la nomina del capo servizio di biologia sperimentale e dell'assistente medico analista dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori, nonchè di due assistenti dermosifilografi dell'Istituto Ospitaliero Dermosifilopatico di Santa Maria e San Gallicano di Roma.

I sanitari che intendono prendere parte al concorso devono presentare alla segreteria dei R. Istituti fisioterapici ospitalieri in Roma (Viale Regina Margherita, 295), non più tardi delle ore 12 del giorno 15 ottobre 1939-XVII la domanda di ammissione al concorso, specificante il posto al quale aspirano, stesa su carta da bollo da L. 4 e corredata dai documenti di rito e dai titoli prescritti.

TRENTO. *Ospedale Civile S. Chiara e Pia Casa di Ricovero.* — Primario radiologo (direttore del Gabinetto di Radiologia) dell'Ospedale; scad. 15 settembre, ore 18; stip. annuo L. 3000 nette; compartecipaz.. 50 %; titoli; età limite 45 a. al 25 luglio. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla segreteria dell'Amministrazione ospedaliera.

TRIESTE. *Associazione Mutua fra impiegati.* — Medico specialista pediatra-chirurgo. Scad. 16 settembre. Rivolgersi alla segreteria dell'Associazione, via P. L. da Palestrina 3.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Su designazione del Segretario del Partito, il prof. Domenico Marotta, direttore dell'Istituto di Sanità Pubblica, è stato chiamato a far parte del Consiglio di Presidenza e del Direttorio del Consiglio Nazionale delle Ricerche, in rappresentanza del Partito Nazionale Fascista.

NOTIZIE DIVERSE

I prossimi Congressi di Medicina e Chirurgia.

Il 45° Congresso della Società Italiana di Medicina Interna sarà tenuto a Napoli dal 19 al 21 ottobre p. v.

I temi all'ordine del giorno sono:

Prof. L. D'Amato: « Le Lipoidosi »;

Proff. C. Gamna, C. Giordano e Crosetti: « Terapia dello scompenso cardiaco »;

Prof. D. Cesa Bianchi e Cellina: « Sindromi Bantiane »;

Per informazioni rivolgersi: Segreteria 45° Congresso Società Italiana Medicina Interna. R. Clinica Medica. Napoli.

La Società italiana di Chirurgia si adunerà a Napoli dal 14 al 22 ottobre. Temi: 1) « Traumi chiusi dell'addome », rel. prof. G. Ceccarelli, Perugia; 2) « Chirurgia delle surrenali », rel. prof. L. Durante, Genova; 3) « Sindromi bantiane » in comune con la Soc. di medicina interna, rel. per la Chirurgia prof. G. Castiglione, Milano per la Med. int., prof. C. Cesa Bianchi, Milano.

Per informazioni, rivolgersi al Segretario prof. P. Valdoni, R. Clinica chirurgica, Roma.

Convegni medici di notevole interesse si terranno a Rimini il giorno 16 settembre; e ne saranno date tempestivamente dettagliate notizie.

Trattasi di un Convegno di Pediatria e Talassoterapia e di altro di Storia della Medicina; quest'ultimo sotto gli auspici della Società italiana di storia delle scienze mediche e naturali (pres.: prof. V. Putti).

Il prof. G. Salvioli, direttore della Clinica Pediatrica di Bologna, presiederà il Convegno di Pediatria e sarà relatore del tema: « Talassoterapia e prima Infanzia ». Autorevoli pediatri e noti talassologi prenderanno parte ai lavori.

Per la parte « Storia della Medicina », sono già annunciati contributi da parte dei professori Castaldi, Lucchesi, Piccinini, Silvestrini.

Sarà consegnato al vincitore il premio di lire 5000 della Fondazione Elide Piccinini per il 1939 e sarà bandito il nuovo concorso per il 1940.

Avrà luogo la visita alla Colonia permanente Murri e alle cose più importanti di Rimini romana e medioevale. Per ricevimenti, visite, ecc., sarà meglio specificato nel programma definitivo.

Il 6-7 ottobre, si svolgerà a Würburg il primo Congresso scientifico e la riunione per la fondazione della Società tedesca per la neurochirurgia (Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie). Temi di relazione: 1) « Lesioni cerebrali »; 2)

« Sintcmi precoci dei tumori spinali ». Per iscrizione a membro, per partecipazione al Congresso e per comunicazioni, rivolgersi, fino al 15 settembre, al prof. W. Tönnis, Lessingstr. 87, Berlin NW.

5° Congresso internazionale di pediatria.

Avrà luogo a Boston e a Cambrige nel Massachusetts (Stati Uniti d'America) dal 2 al 5 settembre 1940. I temi all'ordine del giorno sono: « La deficienza in vitamine del gruppo B », « I virus nei loro rapporti con le malattie del lattante e del fanciullo ». Qualunque membro di una Società riconosciuta di pediatria può divenire membro del Congresso e partecipare alle discussioni. Coloro che desiderano presentare una comunicazione, alla riunione generale o alle sezioni, dovranno rivolgersi al Comitato nazionale del proprio paese. Dovranno mandare il titolo e un riassunto di non più di 300 parole della loro comunicazione. Lingue ufficiali: francese, inglese, italiano e tedesco. Saranno organizzate escursioni e visite. Per informazioni rivolgersi alla Regia Clinica pediatrica di Roma, Policlinico Umberto I.

11ª Conferenza internazionale sulla tubercolosi.

L'Unione internazionale contro la tubercolosi terrà a Berlino dal 17 al 20 settembre prossimo la propria XI Conferenza. I più grandi tisiologi, clinici igienisti di tutte le Nazioni sono stati convocati a questa riunione che assurgerà certamente ad alta risonanza mondiale, dato l'interesse scientifico-sociale degli argomenti che vi saranno ampiamente discussi. La vasta e sicura organizzazione della Conferenza è affidata al Reichs-Tuberkulose-Ausschuss, del quale è presidente il dotto Otto Walter, segretario generale il dott. Heinrich Grass e direttore capo il dott. Heinz Slangen. Il programma dei lavori scientifici comprende i seguenti argomenti: Tema biologico: « La virulenza del bacillo della tubercolosi », relatori generali: dott. Bouquet (Francia), dott. Saenz (Uruguay), correlatori: prof. Bruno Lange (Germania), dott. K. A. Jensen (Danimarca), dott. Kenneth C. Smithburn (U.-S. A.), dott. A. Stanley-Griffiths (Gran Bretagna), dott. William T. Munro (Gran Bretagna), prof. Bruno Besta (Italia), dott. Carlo Cattaneo (Italia), dott. Z. Zkibinski (Polonia), dott. Alberto Carvalho (Portogallo), dott. Carlos Vidal (Portogallo), porf. J. Nedelkowitch (Jugoslavia).

Tema clinico: « L'importanza degli esami sistematici per la ricerca di soggetti al disopra dei quindici anni affetti da tubercolosi polmonare », relatore generle: dott. H. Braeuning (Germania), correlatori: prof. G. Araoz Alfaro (Argentina), dott. R. A. Vaccarezza (Argentina), dott. Willard B. Soper (U.S.A.), dott. Toivo Ellilä (Finlandia), dott. P. Braun (Francia), dott. A. Courcoux (Francia), dott. F. H. Heaf (Gran Bretagna), prof. G. Costantini (Italia), dott. H. J. Ustvedt (Norvegia), prof. V. Cepuliç (Jugoslavia).

Tema sociale: « La rieducazione dei tubercolotici al lavoro », relatori generali: sir Pendrill Varrier Jones (Gran Bretagna), dott. E. Bachmann (Svizzera), correlatori: dott. Dorn (Germania), dott. G. Derscheid (Belgio), dott. Kennon Dunham (U.S.A.), dott. L. Guinard (Francia), dott. Etienne Bernard (Francia), prof. F. Bocchetti (Italia), prof. Parodi (Italia), dott. W. Bronkhorst (Olanda).

Le adesioni alla Conferenza debbono essere inviate sempre pel tramite della Federazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, la quale rappresenta l'Italia nell'Unione internazionale. In occasione della Conferenza, la Federazione stessa, in collaborazione col Reichs-Tuberkulose-Ansschuss, ha organizzato un viaggio d'istruzione che si svolgerà dal 9 al 17 settembre e che toccherà le seguenti città: Innsbruck, Monaco, Norimberga, Wiesbaden, Magonza, Colonia, Amburgo, Berlino. Questo itinerario sarà percorso in torpedone, in piroscafo — sul Reno da Mangonza a Colonia —, in ferrovia. I partecipanti al viaggio assisteranno alla solenne seduta di chiusura del Partito Nazionalsocialista a Norimberga, durante il quale il Führer pronuncerà un discorso. Per tutte le informazioni riguardanti sia la partecipazione alla conferenza, sia la partecipazione al viaggio d'istruzione, rivolgersi alla Fedreazione italiana nazionale fascista per la lotta contro la tubercolosi, via Nazionale 200, Roma.

Un po' dovunque.

La « Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche » nel numero del 30 luglio pubblica l'elevato discorso che il prof. Cesare Frugoni ha pronunciato a Siena, in occasione del 90° genetliaco del sen. Edoardo Maragliano. Egli ne ha messo in rilievo i grandi meriti di clinico e di scienziato, portando a Lui « il caldo saluto, fervido di auspicio e profondo di meritato consenso, da parte dei medici italiani ».

La Polonia ha potuto jugulare le epidemie di vaiuolo, che ancora nel 1921 davano 5078 casi con 823 morti. La vaccinazione obbligatoria è stata introdotta nel 1919. I suoi effetti sono dimostrati dalla progressiva diminuzione, tanto che nel 1937 non se ebbe nemmeno un caso.

Un francese, Bullard, avrebbe scoperto una sostanza che neutralizzerebbe i terribili effetti dell'iprite; se ne spolverizzano gli abiti; la sostanza non è alterata dall'acqua, conserva la sua efficacia parecchi mesi e non è dannosa per l'organismo nè per la cute (Cfr. « Presse méd. », 1939, n. 44). « Si vera sunt exposita », sarebbe levato uno dei più angosciosi incubi della guerra con aggressivi.

Si svolgerà a New York, dal 23 ottobre al 3 novembre, il XII Corso quindicinale di aggiornamento per medici. L'argomento del corso riguarda le ghiandole endocrine ed i loro disturbi. Vi sono conferenze quasi ogni sera alle 20,30, tenute da Collip, Lichtwitz, Locb, Oppenheimer, MacCallum, ecc., quattro pubbliche discussioni e numerose dimostrazioni in ospedali. Vi è annessa anche un'esposizione scientifica di endocrinologia. Il corso si tiene sotto gli auspici della Academy of medecine di New York, che pubblica nel suo Bollettino anche molte delle conferenze che vi si tengono.

L'iscrizione al Corso costa cinque dollari.

Al Raduno medico nelle R. Terme di Valdieri hanno preso parte la Soc. piemontese di chirurgia e la Soc. cuneese di cultura medica. Esso è stato presieduto dal prof. F. Bocchetti, che ha esposto quanto il Regime ha fatto per il potenziamento della scienza e la salute del popolo. Al-

la relazione del prof. O. Uffreduzzi e della sua scuola sul tema: « La cura della tubercolosi osteo-articolare » sono seguite numerose comunicazioni su argomenti vari di patologia e clinica.

Per lo studio scientifico dell'ereditarietà, il Ministero dell'interno del Reich ha stabilito che nei singoli uffici di Igiene sia tenuto un elenco dei parti multipli e delle affinità dei gruppi sanguigni.

Nell'esercito inglese, si pratica ora la vaccinazione antitetanica per tutti i soldati, mediante il tossoide. Si praticano due iniezioni a distanza di parecchie settimane. Dopo la seconda, si sviluppa l'immunità che durerebbe per tutta la vita.

Sul Semmering (ex-Austria) è stata fondata una Università per stranieri, offrendo così la possibilità di abbinare il soggiorno in alta montagna con dei corsi d'istruzione scientifica.

Dal 24 al 26 giugno si sono tenuti a Liegi riunioni medico-chirurgiche internazionali per la protezione della popolazione civile in tempi di guerra.

Un corso di perfezionamento in tecnica chirurgica dell'apparato locomotore avrà luogo, subito dopo il congresso francese di chirurgia, dal 16 ottobre al 4 novembre, sotto la direzione dei proff. Ombrèdanne e Mathieu, presso la Facoltà di Medicina di Parigi. Ogni lezione (nel piccolo anfiteatro) sarà seguita da esercitazione sul cadavere (alla scuola pratica). Tassa d'iscrizione: 300 franchi.

La 7ª Mostra del Cinema a Venezia si è inaugurata col film « Robert Koch » che ricorda « Pasteur », ma è più documentativo e meno spettacolare; il sommo scienziato tedesco è rappresentato da Emil Jannings, mentre Warner Krass impersona un vecchio medico conservatore, ricco di carattere; regista Hans Steinhoff.

Il 7° Congresso pan-americano del fanciullo si terrà nella Repubblica di Costa Rica, a San José, dal 12 al 19 ottobre; i lavori saranno ripartiti in 6 Sezioni.

Il « Journ. of the Amer. Med. Assoc. » ha pubblicato per esteso, in vari numeri, i resoconti dei processi giudiziari sostenuti dal direttore, dott. M. Fishbein, contro i dottori Brinkley e Ada Brunson. (Come già avemmo a riferire, egli è stato assolto in pieno).

In Francia il Ministro della Sanità ha stabilito di creare, per decreto-legge, l'Ordine dei Medici. Il consiglio d'amministrazione del Sindacato dei Medici della Senna, adunatosi d'urgenza il 28 luglio, ha dichiarato che, pur essendo, come principio, favorevole alla riforma, stima necessario che questa venga studiata ed elaborata e perciò ha chiesto al Presidente del Consiglio e al Ministro della Sanità di rimandare la firma del decreto-legge.

La Principessa di Piemonte ha visitato ad Aosta il complesso dei lavori in corso per la costruzione del nuovo ospedale mauriziano: si tratta di una realizzazione per la quale il Duce ha elargito cinque milioni. L'edificio costerà complessivamente 10 milioni.

Indice alfabetico per materie.

Agranulocitosi . . . . *Pag.* 1514
Asma bronchiale. Cura con stellectomia . . . . » 1510
Bibliografici (Cenni) . . . . » 1518
Colecisti (La) nell'ulcera gastroduod. » 1524
Colecistografia. Valore pratico . . . . » 1491
Cranio. Fratture della base . . . . . » 1522
Duodeno. Sindrome ulcerosa da mioma . . . . » 1520
Enterorragia mortale in gravidanza . » 1520
Espettorante (Medicazione). Studio critico . . . . » 1512
Fratture costali. Trattamento . . . . » 1523
Fratture. Reazioni generali dello scheletro . . . . » 1511
Fratture. Trattam. con infiltrazioni anestesiche . . . . » 1522
Glicemia (La) alimentare nei ciclisti . » 1527
Glutationemia (La) nell'ossigenoterapia della tub. polm. . . . . » 1498
Mammelle. Sviluppo con ormoni estrogeni . . . . » 1527
Menière (Sindrome di). Alcoolizzazione endolabirintica . . . . » 1520
Menière (Sindrome di). Cura con stellectomia . . . . *Pag.* 1510
Monteggia (Lesione del) . . . . » 1520
Narcosi (La) in pratica . . . . » 1509
Neurofibromatosi cutanea . . . . . . » 1520
Occhio. Emorragie intraoculari . . . » 1521
Occhio senilizzante e vitamina C . . » 1521
Operatorie (Variazioni post.) della diuresi, ecc. . . . . » 1508
Ossa (Tumori metastatici). Importanza della fosfatasi . . . . » 1511
Pneumotorace terap. Versamento emorragico . . . . » 1502
Pseudoachilia (La) . . . . » 1524
Siringomielia. Cura chirurgica . . . » 1519
Sodoku (Il) in Friuli . . . . » 1520
Sport. Fenomeni di adattamento . . . » 1514
Stellectomia (La) . . . . » 1509
Stomaco. Linfogranulomatosi . . . . » 1524
Ulcera peptica (Emorragie da). Cura » 1523
Ulcere gastro-duoden. Ricambio dei cloruri . . . . » 1527
Werner-Schultz (Malattia di) . . . . » 1514

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 28 Agosto 1939 - XVII Num. 35

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: R. Rubegni: Il trattamento della polmonite lobare con la P-aminobenzol-sulfamidopirina.
Osservazioni cliniche: G. Gherardi: Fibroma della lingua.
Note e contributi: A. Terzani: La riabilitazione di un medicamento obliato: il ferro per via orale nella terapia delle anemie ipocromiche.
Sunti e rassegne: ARTRITI: G. Marañon: Il focolaio settico biliare nella genesi delle poliartriti. — Graber-Duvernay e Cerbay: Le reazioni del liquido cefalo-rachidiano in corso di poliartriti croniche. — PANCREAS: J. Bottin: La necrosi acuta del pancreas. — M. Papin: La litiasi del pancreas. — M. Chiray e M. Bolgert: La prova alla secretina nelle affezioni del pancreas. — TERAPIA: H. Cookson: Il trattamento del tifo e del paratifo.
Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: L'uso prolungato della zincoprotaminainsulina. — Trattamento chirurgico del diabete. — Cirrosi e carenze alimentari. — Infezioni stafilococciche e avitaminosi. — Herpes Zoster e vitamina B_1. — Deficienza di Vitamina B_2. — Disturbi del puerperio, loro prevenzione e cura. — Voluminoso fibroma edematoso diagnosticato per cisti ovarica. — MEDICINA SCIENTIFICA: Le variazioni della glicemia provocate dalla beta-fenil-amina.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA CLINICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. C. FRUGONI.

Il trattamento della polmonite lobare con la P-aminobenzol - sulfamidopiridina.

Dott. RENATO RUBEGNI, assistente effettivo.

Che i sulfamidici non fossero dotati verso le infezioni pneumococciche della stessa singolare attività terapeutica che essi dimostrano per molte altre infezioni da cocchi, risultava già dagli studi sperimentali di Domagk che aveva visto nel 1935 che il prontosil (2 : 4 diamino — 4 — sulfonamidoazobenzene) dimostrava qualche azione solo su pneumococchi di tipo III e non su quelli di tipo I e II. Nell'anno successivo lo stesso A. trovava nella sulfanilamide un composto più efficace del prontosil verso il pneumococco. Quasi contemporaneamente, sempre nel campo sperimentale, Buttle, Gray e Stephenson stabilivano che contro l'infezione pneumococcica di tipo I la sulfanilamide ha scarsa efficacia. Successive esperienze di Buttle e Collaboratori confermavano che la sulfanilamide ritarda solamente la morte di topi infettati con pneumococchi di tipo I e II.

Whitby non attribuiva alla sulfanilamide quasi nessuna protezione contro 10.000 dosi letali di pneumococco di tipo I. Molto più recentemente invece Long, Bliss e Feinstone, in vivo e in vitro, riconoscevano alla sulfanilamide un'azione batteriostatica sui pneumococchi ritardante la velocità di moltiplicazione del germe, ma confessavano la scarsa efficacia della droga nel trattamento della polmonite lobare. Egualmente Nitti, Bovet e Depierre attribuivano alla droga un'azione inibitrice in vitro e Britton un effetto batteriostatico e battericida su certi tipi di pneumococco. Anche in vivo Fourneau, Tréfouel, Nitti e Bovet vantavano risultati brillanti di un derivato sulfamidico, il di — (p-acetil-aminofenil) — sulfone (1399 F) nell'infezione pneumococcica del topo. I lavori di Rosenthal, di Kreidler, di Cooper e Collaboratori, di Schmidt, sempre sperimentalmente nel topo, nel ratto e nel coniglio, dimostravano una certa efficacia della droga verso vari ceppi di pneumococchi di tipo I, II, III e XIV. Basandosi

sopratutto sui risultati sperimentali di Rosenthal e di Cooper e Collaboratori, che deponevano per una efficacia della p- aminobenzene sulfonamide nell'infezione pneumococcica sperimentale, Heintzelman, Hadley e Mellon nel 1937 studiarono l'influenza di questa terapia in 9 malati di polmonite lobare di tipo III, riportando una mortalità del 22 % contro una mortalità del 74 % in un gruppo di controllo di 10 polmonitici. La differenza è notevole in questo senso, mentre non si può dire altrettanto sull'influenza della terapia sul decorso, giacchè si trattava di polmonitici per lo più in stadio avanzato di malattia e che furono trattati per molti giorni, di modo che guarirono quasi tutti oltre i 7 giorni classici del decorso abituale.

Successivamente, sempre in America, Millet riportava un caso di polmonite di tipo III in cui si ebbe la crisi con la terapia sulfamidica. Louis riferiva di 6 casi guariti nello stesso modo, e Sadusk pubblicava 9 casi di polmonite di tipo III trattati efficacemente con la sulfanilamide.

Anche in Francia Cain, Cattan e Sikorav ottenevano brillanti risultati dal trattamento con p- amino fenilsulfamide (1162 F) in 7 casi di polmonite piuttosto grave; se però si tien conto che di questi, 3, a detta degli AA. erano dubbi, l'esperienza si baserebbe solo su 4 casi: la somministrazione di 3-4 gr. pro die della droga provocava la caduta della temperatura dopo 1-2 giorni di trattamento, con contemporaneo miglioramento dei segni tossi-infettivi. Nessun danno dalla terapia, se si eccettua una cianosi più o meno intensa sempre passeggera. Buoni risultati dello stesso genere riferivano anche Ravault, Girard, Muller e Grumbach in 10 casi di polmonite lobare, e Barbier, Rougier, Léger e Jacquis in 23 casi della stessa malattia. Con un derivato solubile della sulfamide, il 109 M (para-amino-fenilsulfamide metilene sulfonato di sodio), Besnoit e Grupper trattavano 25 casi di pneumopatie acute gravi: 10 polmoniti, 8 broncopolmoniti, 7 congestioni polmonari: in tutti i casi, tranne un insuccesso in una broncopolmonite, una trasformazione rapida dello stato generale, con diminuzione manifesta dei disturbi polmonari e caduta precoce della temperatura.

Reddick trattava 94 polmonitici, di età superiore ai 14 anni, con la sola terapia sulfamidica, riferendo una mortalità del 19 % compresi anche i malati che all'inizio del trattamento si trovavano in gravissime condizioni: in 58 pazienti, in cui il trattamento fu iniziato in 1ª, 2ª e 3ª giornata di malattia, la mortalità si abbassava addirittura al 5,1 %: in quanto alla posologia l'A. raccomanda una dose iniziale di gr. 7,77 in 1000 cc. di soluzione di cloruro di sodio per via endovenosa, seguita da somministrazioni ogni 4 h. p. os di dosi di circa 1 gr.

Non si può non riconoscere l'importanza di questi risultati, ma le casistiche sono troppo scarse e poco documentate, perchè si possano senz'altro accettare come definitivi.

Il lavoro clinico in questo senso più completo è quello recentissimo di Price e Myers che hanno trattato con sulfanilamide 115 casi di polmonite, servendosi come controlli di 40 pazienti trattati con siero antipneumonico e di 94 curati solo in via sintomatica. A tutti i pazienti fu somministrata p. os una dose iniziale massiva massima di 8 gr.: la stessa dose fu ripetuta nelle successive 24 h. e nei giorni seguenti suddivisa in 6 volte.

La caduta della temperatura si ebbe entro 24 h. di trattamento nel 22,6 % dei casi, entro 48 h. nel 44,3 %, entro 120 h. nel 73,9 %: nei controlli detta caduta si ebbe entro 48 h. solo nel 16 % dei casi.

Circa le modificazioni dell'addensamento fu osservata una estensione radiologica del processo nel 10,4 % dei p. trattati con sulfanilamide, nel 15 % durante sieroterapia e nell'8,5 % dei malati controllo. Si ebbero empiemi, rispettivamente nei tre gruppi, nell'1,7 %, 10 % e 2,1 % e piccoli versamenti pleurici che non divennero purulenti nel 4,3 %, 7,5 % e 5,3 %. La mortalità nei 115 polmonitici trattati fu del 15,7 % contro 30,8 % dei controlli: in 57 casi di polmonite di tipo I, II, V, VII e VIII, curati con sulfamide, risultò del 10,5 % e del 27,5 % in 40 casi degli stessi tipi trattati con siero. Nei casi con emocultura positiva si ebbe una mortalità del 33 % nei pazienti trattati con sulfamide, del 50 % in quelli trattati con siero, e dell'86 % nei controlli: risultati particolarmente incoraggianti si ebbero nella polmonite di tipo II (mortalità del 16,6 % nel gruppo sulfamidico, contro 42,9 % nel gruppo trattato con siero).

Come manifestazioni tossiche furono notate: quasi in tutti i casi cianosi, che sembrerebbe di solito dovuta ad una pigmentazione del sangue, meno comunemente a metemoglobinemia e raramente a sulfemoglobinemia; spesso stanchezza, cefalea, sonnolenza, meno frequentemente delirio; in 7 casi continuò una temperatura remittente, a dispetto di un evidente miglioramento clinico, che però persistette anche dopo la sospensione della droga; in 2 casi eruzione morbilliforme; in 6 casi un'anemia acuta emolitica grave da cui i m. si ripresero mediante trasfusioni; in 21 altri casi una caduta più graduale e moderata dell'emoglobina e dei globuli rossi. In nessun caso granulocitopenia. Gli AA. concludono questa loro casistica con l'impressione che nel futuro si tenderà ad una associazione della sieroterapia e della chemioterapia specie per i tipi II e III. Già del resto Osgood sperimentalmente aveva trovato che l'associazione di queste terapie risulta più efficace di ognuna delle due separate.

Partendo da questi dati Brown e Finland

hanno trattato col siero antipneumococcico sia di cavallo che di coniglio, unitamente alla sulfanilamide, 7 casi di polmonite di tipo II e 4 casi di polmonite di tipo V e VII, casi tutti piuttosto gravi, in stadio avanzato di malattia, riportando l'impressione di un effetto benefico della droga sul decorso. Di 3 pazienti curati con la sola sulfanilamide, 2 morirono ed uno guarì dopo 22 giorni di malattia.

Abbiamo voluto scorrere, sia pure brevemente, solo soffermandoci di più sui risultati di Price e Myers che ci sono sembrati i più completi, la principale letteratura sulla terapia sulfamidica della polmonite, per avere un'idea sullo stato attuale delle cose. Non è facile esprimere una conclusione per chi non ha un'esperienza in proposito. Dai lavori citati però si ha l'impressione che la sulfamide nelle prove sperimentali in vitro e in vivo possegga veramente un'azione nociva sul pneumococco, specie su alcuni tipi e per concentrazioni di germi non troppo elevate; detta azione è di certo meno energica e costante di quella che la droga esercita verso altri tipi di cocchi.

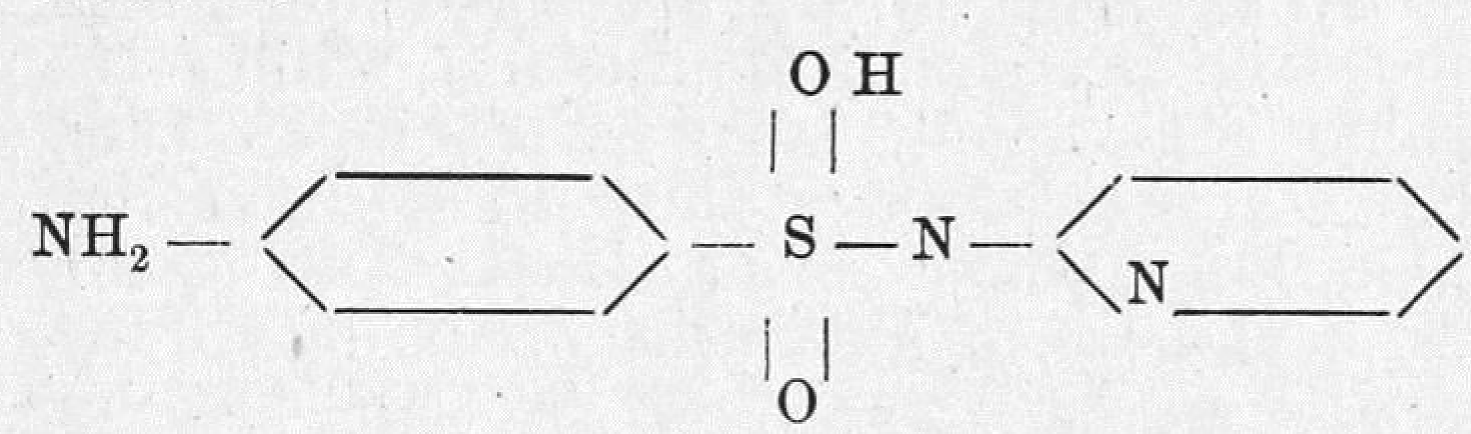
I risultati clinici sono veramente troppo scarsi per poter affermare indiscutibilmente una terapia di una malattia che, come la polmonite, riserva le più ampie possibilità di decorso. Le statistiche di mortalità però sembrano veramente dimostrare un'influenza benefica della droga, anche nei confronti della sieroterapia, specie in alcuni tipi di polmonite (II e III). Come inconvenienti, sopratutto quando furono somministrate dosi elevate di sulfamide, (anche 16 gr. nel primo giorno e 8 nei successivi), si ebbero i soliti registrati nella terapia sulfamidica.

*
**

In questo stato di cose, che non si può non riconoscere promettente, chimici e biologi si sono messi all'opera per trovare qualche altro composto sulfamidico capace di un'azione aggressiva più energica e costante verso gli svariati tipi di pneumococchi dell'infezione umana. Il composto doveva naturalmente rispondere ai requisiti di una maggiore efficacia e di una tossicità per lo meno eguale o meglio inferiore a quella dei sulfamidici già noti. Così, su oltre un centinaio di derivati, si scelsero 3 o 4 sostanze che sembravano dimostrare una più netta efficacia della comune sulfamide: la maggior parte però di queste avevano lo svantaggio di essere relativamente tossiche. Così Buttle riferiva che il benzilidene di Schiff, base di un diamino-difenilsulfone era più efficace della sulfamide nel prolungare la vita di topi infetti con pneumococco di tipo I, così che una metà dei topi infettati con una dose letale di cultura sopravviveva per 30 giorni, ma il composto era più tossico della sulfanilamide. Whitby trovava due diaminobenzene sulfonanilidi molto più efficaci della sulfanilamide nell'infezione sperimentale di tipo I. Girard Rey e Richard usavano con successo il 4-nitro-4' acetilaminodifenilsulfoxide (corpo 47) e Feldt e Collier vantavano in vivo le proprietà antipneumococciche dell'aurodetoxine.

Ma i derivati, che, da un anno a questa parte, hanno richiamato l'attenzione sia dei biologi che dei clinici di tutto il mondo, sono quelli del gruppo piridinico. Il primo composto di questo tipo pare che sia stato preparato da Ewins e Phillips, nel corso appunto della ricerca di una sostanza avente sperimentalmente una efficacia maggiore della sulfanilamide contro il pneumococco con una sufficientemente bassa tossicità per giustificarne il suo uso nella polmonite. Il prodotto fu fabbricato dalla ditta inglese May e Baker e identificato numericamente, seguendo l'uso invalso per queste droghe, con la sigla M & B 693.

Messa in commercio con nomi specialistici da altre case, la droga viene indicata dal Council of Pharmacy and Chemistry americano col nome improprio di sulfapiridina. Dal punto di vista chimico si può rappresentare con le seguenti formule: 2-sulfanilamidopiridina; 2-paramino-benzene-sulfonamido-piridina; N 2-sulfanilil-2-aminopiridina; N[1] (2-piridil) sulfanilamide



Dalla formula si vede che il composto differisce dalla sulfanilamide in ciò che un idrogeno del gruppo SO_2NH_2 è rimpiazzato da un gruppo basico di piridina.

La sulfapiridina si presenta come una sostanza cristallina bianca, inodore e praticamente insapore, con punto di fusione a 192 $\pm 1^0$ C., scarsamente solubile in acqua (0,03 % a 20°); forma sali solubili in acqua con basi forti e acidi minerali.

Le prime esperienze biologiche furono eseguite con questo nuovo derivato sulfamidico da Whitby nel maggio 1938; dalle esperienze di questo A. nell'infezione sperimentale del topo, risultava che il 693 è dotato di una grande attività chemioterapica contro vari tipi di pneumococchi e più specialmente verso i tipi I (anche contro 10.000 dosi letali), VII e VIII, e di un'attività un po' minore ma sempre considerevole verso i tipi II, III V, con una certa variazione per i differenti ceppi, come era già stato osservato da Rosenthal. In un recente lavoro di Mac Lean, Rogers e Fleming, eseguito con vari ceppi dei vari tipi di pneumococchi, risultava in vivo e in vitro che la maggior parte degli stipiti è sensibile al 693 nel senso che la droga influisce quasi sempre sullo svilup-

po numerico delle colonie. Ma vi è una sensibile varietà di comportamento, che non corrisponde a nessun tipo particolare: così di 7 ceppi di tipo I, 2 risultavano sensibili e 5 relativamente insensibili; di 8 ceppi di tipo III, 3 erano molto sensibili; di 8 di tipo VIII lo erano 6. Non sembrerebbe quindi, da questi risultati, che la sensibilità al 693 sia in relazione al tipo di pneumococco ma piuttosto a qualità individuali del ceppo.

Che la sulfapiridina possegga un'attività più spiccata degli altri sulfamidici verso il pneumococco in vitro e nell'infezione sperimentale del topo è ormai ammesso dalla maggioranza degli AA. e confermato dal Council americano. In quanto poi al modo con cui si esplica questa attività le opinioni sono tuttora divergenti. Le possibilità teoriche in questo senso si possono facilmente raggruppare con Mc Intosh e Whitby nel modo seguente: o la droga agisce attraverso un'azione stimolante sulle difese specifiche e non specifiche dell'organismo od è capace di neutralizzare prodotti tossici batterici o la sua azione si svolge direttamente sui batteri stessi o come germicida o interferendo sul potere invasivo e sulla capacità di rapidamente moltiplicarsi oppure infine la sua attività sta nella combinazione di due o più di questi meccanismi. Circa la prima possibilità sembra dalle ricerche di Mc Intosh e Whitby che il 693 non stimoli l'attività leucocitica e fagocitica e non influisca sulle difese organiche, non dimostrando alcuna azione sulla qualità, quantità e rapidità nella produzione di anticorpi specifici conosciuti. Secondo Fleming il sangue mescolato alla droga, come quello di malati trattati, dimostrerebbe un potere antibatterico aumentato, dovuto però al siero e non ad una aumentata efficienza leucocitaria: detto potere si esplicherebbe con una inibizione sulla crescita del germe, ma non con un'azione battericida. Fleming ammetterebbe anche la possibilità di un'attenuazione nella produzione di tossine da parte del germe. In questo senso potrebbero parlare le modificazioni di aspetto delle colonie di pneumococchi osservate da Mac Lean, Rogers e Fleming. In quanto ad un'azione diretta della droga sul germe, i pareri sono discordi almeno per quello che riguarda i particolari aspetti che il germe verrebbe ad assumere sotto trattamento. In un primo tempo Whitby, osservando nei pneumococchi dell'essudato peritoneale di topi infetti trattati alterazioni capsulari, pensò che la droga avesse un'azione definita sulla capsula del germe. È del resto questa la concezione anche di Levaditi, Waisman e Krassnoff. Detti AA. sostengono che la virulenza dei pneumococchi sia intimamente legata alla capsulogenesi: i germi incapsulati si attaccherebbero ai fagociti ma non verrebbero fagocitati, a differenza di quelli sprovvisti di capsule: leucociti incapaci di fagocitare pneumococchi capsulati sarebbero invece capaci di inglobare pneumococchi apatogeni sprovvisti di capsula. I medicamenti sulfamidici, secondo Levaditi, impedirebbero l'infezione da pneumococchi capsulogeni, opponendosi alla loro pullulazione e al loro incapsulamento: sprovvisti della corazza i germi diverrebbero facile preda dei fagociti. Questo meccanismo di azione della droga sembrava confermato da una osservazione di Telling ed Oliver in un polmonitico, in cui l'espettorato conteneva prima del trattamento un pneumococco di tipo III e dopo un cocco non capsulato. Senonchè l'interpretazione di questo reperto è stata criticata dagli stessi Mc Intosh e Whitby che pensano potesse trattarsi invece di un cocco avirulento, insensibile alla droga, presente insieme al pneumococco di tipo III e solo messo in evidenza dalla scomparsa di quest'ultimo sotto l'azione del medicamento. Anche l'osservazione di Whitby delle alterazioni e della scomparsa della capsula non veniva confermata da Long, da Fleming e da altri, almeno nel senso di un'azione diretta della droga. Probabilmente, come pensa Fleming e confermano del resto anche Mc-Intosh e Whitby, le alterazioni capsulari potrebbero essere dovute a fatti di autolisi o ad un processo finale con cui l'organismo si libera dei pneumococchi morti. Da quanto si è detto è evidente come le opinioni dei vari AA. siano tutt'altro che decise. Sembra però che la maggioranza sia d'accordo nel riconoscere alla droga un'azione ostacolante la moltiplicazione e la crescenza del germe, un'azione batteriostatica. Se poi agisca anche neutralizzando qualche funzione metabolica o qualche attività enzimatica dei germi, come sospettano McIntosh e Whithy o anche attraverso un'inibizione sulla produzione di tossine, non si può ancora precisare. Ammesso il solo potere batteriostatico della droga, la morte dei cocchi sarà devoluta alle difese naturali dell'organismo che, come si è visto, non sarebbero influenzate dal medicamento. Di conseguenza viene che quanto più attive saranno queste difese, quanto più alto sarà il grado di immunità dell'animale in esperimento, tanto più elevato sarà l'effetto battericida e tanto più manifesta sarà l'azione apparente del medicamento. Su questa concezione sono basati i tentativi sperimentali dell'associazione alla chemioterapia sulfamidica dell'immunoterapia sia passiva (Fleming, De e Basu, Loewenthal ecc.) che attiva (Cokkinis e Mc Elligott, Mc Lean, Rogers e Fleming). Detta combinazione risulterebbe in queste esperienze nettamente superiore alle due terapie separate. Per finire questa rapida esposizione di ricerche biologiche sui derivati piridinici della sulfamide, ricorderemo qualche altro dato interessante. Notevole l'osservazione di Mc Intosh e Whitby secondo cui la droga si dimostrerebbe incapace di frenare la moltiplicazione lo-

cale e di prevenire l'invasione dell'organismo e agirebbe meglio sui germi giovani virulenti in fase di attiva moltiplicazione. Ma soprattutto importante, anche nei riguardi pratici, il dato riferito da Mc Lean, Rogers e Fleming, in vivo e in vitro, di una resistenza acquisita alla droga da parte di pneumococchi cresciuti a lungo in presenza della sulfamide. Dati nello stesso senso sono stati anche da noi recentissimamente riferiti da Daddi, che è riuscito a rendere resistente alla sulfapiridina un ceppo di pneumococco tipo I, mediante cultura in brodo-siero contenente concentrazioni crescenti della droga. Anche in patologia umana pare che si possa verificare questa specie di assuefazione del germe alla droga. Infatti Ross in un caso di meningite pneumococcica avrebbe trovato che il pneumococco isolato post mortem, dopo un trattamento intensivo col 693, si dimostrava più resistente alla droga dello stesso germe isolato precedentemente durante la malattia.

*
* *

L'altro quesito a cui la droga doveva rispondere era quello di una bassa tossicità. Sempre nel campo sperimentale numerose sono state le ricerche farmacologiche in questo senso e per ora anche qui non si è raggiunto l'accordo. Secondo Whitby, che fu il primo a sperimentare la droga, la dose efficace nell'infezione sperimentale del topo oscillava da mgr. 0,25 a 2 per grammo di peso. Risultava quindi dalle 66 alle 8 volte più piccola della dose letale media stabilita da Wien in 16,6 mgr. per grammo di peso per il topo e in 15,8 mgr. per il ratto: la dose letale media per il topo e per il ratto sarebbe stata quindi 4 volte inferiore a quella della comune sulfamide. Dosi di 1 gr., somministrate giornalmente per 7 giorni a cani e a gatti, sembravano non esercitare alcuna azione sul sangue, sulle urine e sullo stato generale. Inoltre, sempre Wien affermava che il 693, somministrato a ratti in dose di 3 mgr. per grammo di peso per un periodo di 15 giorni, non provocava aumento della porfirina nelle urine, a differenza di quanto avevano visto Rimington ed Hemmings, Hagemann ed altri, coi sulfamidici comuni. Whitby stabiliva inoltre che la droga, a dispetto della sua relativa insolubilità, veniva rapidamente assorbita, anche più rapidamente della sulfamide ed eliminata solo un po' più lentamente. Con lo schema di dosaggio che Whitby consiglia per l'uomo, la massima concentrazione della droga nel sangue si otterrebbe in circa 12 h.; dopo 24 h. dalla fine del trattamento, il sangue ne sarebbe completamente liberato, mentre se ne troverebbero ancora tracce nelle urine dopo 48 h. Quindi, secondo Wien e Whitby, la sulfapiridina risultava più attiva della sulfamide comune nell'infezione pneumococcica sperimentale, efficace a dosi sensibilmente inferiori e, anche a parità, molto meno tossica: pressochè uguali sembravano le proprietà di assorbimento e di eliminazione. Lloyd, Erskine e Johnson credono che gli effetti tossici del 693 siano paragonabili, a parità di dosi, a quelli della comune sulfanilamide, con il vantaggio però di una maggiore efficacia della sulfapiridina, di cui quindi si richiedono dosi inferiori.

Queste affermazioni però non sono accettate da tutti. Così il Council, attraverso un'inchiesta affidata a Long, stabilisce che, se è pur vero che la droga risulta superiore agli altri composti nella infezione pneumococcica sperimentale del topo, non è certo meno tossica. La riferita bassa tossicità deriverebbe dal fatto che solo una molto piccola parte della droga viene assorbita. Così, servendosi del sale solubile di sodio, Marshall, Bratton e Litchfield trovavano che la tossicità del composto risultava superiore a quella della sulfanilamide. Inoltre, mentre secondo Whitby il 693 sarebbe escreto in circa egual proporzione di droga libera e di droga combinata, Stokinger trovava grandi variazioni nella proporzione della droga combinata (dal 90 al 25 %) e secondo il Council il composto piridinico risultava acetilatato nel sangue e nei tessuti in più alto grado della sulfanilamide. Ora, poichè come frazione coniugata la droga sarebbe inattiva dal punto di vista terapeutico, è evidente che le affermazioni del Council tornano a svantaggio della sulfapiridina.

Contrariamente alle dichiarazioni di Whitby, sempre il Council sostiene che il 693 è assorbito irregolarmente, spesso scarsamente e lentamente nei confronti della sulfanilamide, quando sia dato per os: d'altra parte è eliminato con maggiore lentezza e possono occorrere 4-5 giorni, da poi che è stato sospeso, perchè l'organismo ne sia liberato. Per questo è più difficile mantenere una data concentrazione nel sangue con tale prodotto che con dosi corrispondenti di sulfanilamide e di conseguenza riesce più difficoltoso effettuare una terapia razionale. In base a queste considerazioni molti AA., che hanno adoperato nell'uomo la terapia sulfapiridinica, hanno creduto necessario, come vedremo, praticare dei dosaggi ripetuti nel sangue dei pazienti trattati, allo scopo di mantenere un livello sufficiente della droga nell'organismo. Molto recentemente Durel, Halpern, Dubost e Alline hanno studiato nell'animale e nell'uomo il passaggio nel sangue, nel liquor c. s. e nelle urine del 693. Mentre dai lavori di Marshall e Coll. risulta che la p-amino-benzenesulfamide somministrata per os si ritrova rapidamente nel sangue e nel liquor e si elimina quasi integralmente per via renale in 24 h., secondo Durel, Halpern, Dubost e Alline il 693, che circolerebbe non allo stato di p-aminofenilsulfamide, ma

allo stato di molecola piridinica, sia come amina libera che come amina coniugata (derivato acetilico e derivato glucuronico nell'urina), anche somministrato per os, si assorbirebbe, nonostante la sua scarsa solubilità, molto rapidamente e solo sarebbe un po' più lento ad eliminarsi: il massimo della concentrazione nel sangue si avrebbe dopo 4 h. e l'eliminazione dal sangue e con le urine avverrebbe entro la 48ª-72ª ora.

Abbiamo esposto solo in parte quanto si è detto, in base a ricerche sperimentali, circa la tossicità e le qualità farmacologiche del nuovo derivato sulfamidico. I pareri sono discordi e probabilmente le discordanze saranno giustificate, ma dall'insieme si ha l'impressione che il problema, non ancora risolto, abbia forse più importanza farmacologica che clinica. Già che, se è vero che il 693 è più tossico degli altri sulfamidici, come sostiene il Council, le dosi che, come vedremo, sono state impiegate sono in genere inferiori a quelle che comunemente si adoperano per la sulfanilamide. E se di queste dosi relativamente basse solo una parte viene assorbita, bisognerà concludere che la preoccupazione della tossicità è probabilmente eccessiva. Il fatto poi che il farmaco si elimini in 48-72 h. invece che in 24, non rappresenta una difficoltà notevole per il suo uso, purchè naturalmente la posologia tenga conto del dato. In quanto infine agli inconvenienti di un irregolare assorbimento, di variazioni individuali nelle proporzioni fra forma libera attiva e forma combinata, dell'incostanza del livello ematico di fronte alla stessa dose di droga, bisognerà convenire che tutta la chemioterapia urta contro difficoltà di questo genere. La farmacologia stabilisce azioni e reazioni, consiglia dosi e fornisce schemi, ma l'individuo con le sue infinite possibilità spesso modifica e capovolge i dati sperimentali: non per questo la terapia si arresta ma si adatta alle diverse esigenze.

* * *

Per questo, non meno interessanti dei dati sperimentali che abbiamo riferito, sono i risultati clinici dell'impiego della sulfapiridina nella polmonite umana. Come del resto abbiamo sinora fatto, considereremo solo l'uso di questo nuovo derivato sulfamidico nella polmonite lobare, tralasciando i risultati riferiti in altre infezioni, compresa anche l'infezione pneumococcica, e nelle localizzazioni non polmonari del pneumococco (meningiti, ecc.). La letteratura in proposito è quasi esclusivamente inglese e americana, oltre a pochi lavori comparsi nella stampa medica francese. In Italia, se si eccettua una recentissima comunicazione di Spolverini alla R. Accademia Medica di Roma sul trattamento delle pneumopatie infantili, non sono finora comparsi lavori sull'argomento.

A breve distanza dalle conclusioni sperimentali di Whitby, Telling ed Oliver, adopravano la sulfapiridina in un caso di polmonite umana di tipo III in una donna di 65 a. Benchè la risoluzione per lisi si avesse solo in VII giornata, gli AA. riferirono il caso come un successo terapeutico, data l'elevata mortalità di questo tipo di polmonite, specie in età avanzata (80 % secodo Finland e Sutliff).

Poco dopo la comunicazione del caso di Telling ed Oliver, sempre in Inghilterra, Evans e Gaisford pubblicavano un'ampia casistica di 200 polmonitici dei quali 100 erano stati sottoposti a trattamento col 693. L'identificazione del pneumococco dall'espettorato fu eseguita in 44 casi: in 28 si trattava di tipo I, in 8 di tipo II, in 3 di tipo III e in 5 di tipo IV. Le dosi della droga impiegate furono all'inizio piuttosto basse (gr. 0,5 ogni 4 h. per i primi 3-4 giorni e successivamente gr. 0,5 due volte al giorno con un dosaggio complessivo medio di 12 gr.). In seguito, l'innocuità del trattamento autorizzò una somministrazione più larga nelle prime 72 h., con massimi fino a 9 gr. per il primo giorno (in genere 2 gr. all'ingresso, 1 gr. ogni 4 h. in seguito: in totale circa 25 gr.). La mortalità nei trattati fu dell'8 % contro il 27 % nel gruppo controllo. In quanto alla giornata in cui si ebbe caduta della temperatura, risultò un netto vantaggio nel gruppo dei trattati, di cui un'alta percentuale sfebbrò in 3ª e 4ª giornata. Come complicazioni gli AA. riportano 2 casi con esito ritardato, due casi di collasso polmonare e 6 di empiema: la frequenza di quest'ultima complicazione sembra sensibilmente maggiore nei trattati in confronto ai controlli. Nessun effetto tossico, oltre una cianosi quando si usarono dosi elevate: l'esame spettroscopico del sangue dimostrò in 6 casi presenza di metemoglobina, mai di sulfemoglobina. In nessun caso granulopenia.

Anche Whitby riferiva brillanti risultati dall'uso della droga nella polmonite lobare dell'uomo. Come posologia l'A. consiglia una dose iniziale relativamente alta (gr. 5 nelle prime 12 h. in lotti di gr. 2, 2 e 1 ogni 4 h.) e successivamente somministrazione di un gr. ogni 4 h. Con questo dosaggio si manterrebbe una concentrazione ematica della droga intorno agli 8 mgr. per 100 cc. Anche secondo Whitby il trattamento non comporterebbe effetti tossici seri oltre alla cianosi, a nausea e a vomiti dovuti all'irritazione locale di uno stomaco sensibile e non di origine centrale: per ovviare a quest'ultimo inconveniente l'A. propone la somministrazione della droga per via parenterale in sospensione in olio di ulivo. Dyke e Reid successivamente trattavano col 693 8 casi di polmonite lobare in I-IV giornata di malattia con emocultura negativa, ma con isolamento del pneumococco dall'espettorato: in tutti, in 12-24 h. dall'inizio del trattamento, si assisteva alla caduta per crisi della

temperatura e del polso e ad un rapido miglioramento delle condizioni generali: in un caso si ebbe una grave ricaduta con impegno del polmone controlaterale, che però fu domata rapidamente dalla droga; in un altro persistettero segni di infezione dimostrati da un'irregolare temperatura. Fu somministrata una dose iniziale di 2 gr., seguita da dosi di 1 gr. ogni 4 h. per le successive 20 h. e ogni 6 h. nei giorni seguenti: il trattamento deve durare almeno 5 giorni, con un dosaggio totale quindi di 28 gr., anche se le condizioni cliniche sembrano favorevoli, al fine di evitare riprese e ricadute. Come effetti tossici gli AA. riportavano in un caso una lieve cianosi e in un altro la comparsa di vomito.

In Francia Benda ha trattato col 693 7 casi di pneumopatie, di cui solo 5 puramente pneumococciche; in queste risultati brillanti dalla terapia, mentre in 2 casi in cui il pneumococco si associava a germi diversi il trattamento non riusciva efficace. Dei primi 5, però, 2 casi erano di congestione polmonare grippale, 2 di ascesso polmonare da pneumococco e solo 1 di polmonite in una donna di 74 a. in gravi condizioni, che, al IV giorno di malattia, con soli 3 gr. di 693 sfebbrò. L'A., in base ad una casistica sua e di Palazzoli di 151 m. curati con il 693 per lo più per infezione blenorragica (3 gr. pro die), sostiene la assoluta innocuità del trattamento, anche in confronto della comune sulfamide: in nessun caso cianosi, nè disturbi apparenti delle funzioni epatiche e renali, segnalati in forma di albuminuria e di subittero durante il trattamento con l'1162 F: solo in qualche caso cefalea e anoressia talora fino alla nausea.

A questo gruppo di lavori, cui si deve aggiungere un rapporto preliminare di Flippin e Pepper su 4 casi di polmonite lobare, comparsi nel 1938, si è aggiunta nell'anno in corso un'importante letteratura in gran parte anglo americana. Sorvoleremo per brevità sui risultati riferiti nella polmonite dell'infanzia da Barnett, Hartmann, Perley e Ruhoff (40 casi), da Wilson, Spreen, Cooper, Stevenson, Cullen e Mitchell (20 casi) e in Italia da Spolverini. Il trattamento, anche nel campo pediatrico, si è dimostrato altrettanto efficace che nell'adulto, sia nei riguardi del decorso che della mortalità: in genere non sono state riferite complicazioni notevoli, nè effetti tossici rimarchevoli quando non si è eccessivamente forzato il dosaggio.

Saremo invece costretti ad addentrarci un po' di più nei risultati ottenuti col trattamento sulfapiridinico della polmonite dell'adulto che più direttamente ci interessano.

Hanssen ha trattato 6 casi di polmonite di tipo I, III, XIV, XVII, XVIII e XXIV, osservando una caduta del polso e della temperatura in 12-30 h. insieme ad un notevole miglioramento delle condizioni cliniche; in un vecchio di 73 a. con consolidamento dell'intero polmone S., in cui il trattamento fu intrapreso in VI giornata, si ebbe pure caduta della temperatura in 30 h., ma il p. morì pur essendo in apiressia da 24 h. In quanto agli effetti tossici della terapia, l'A. cita un caso di ematuria in 5ª giornata di trattamento, che cessò però in 4 giorni, nonostante che la droga non fosse sospesa. In nessun caso granulocitopenia. Meersseman, Duval, Gregoire e Collombel hanno curato con 693 11 casi di affezioni polmonari acute, di cui 4 polmoniti franche, riportando un'impressione favorevole, anche per la completa assenza di incidenti. Delore e Devant hanno pure trattato un certo numero di polmonitici, osservando un abbassamento costante e rapido della temperatura e solo con una certa frequenza astenia e disturbi digestivi: in un caso, già in apiressia, insorgenza di empiema, in un altro comparsa di un nuovo focolaio.

Alsted riferisce di 6 casi di polmonite lobare di tipo III che, come è noto, ha una mortalità elevata che non si modifica molto neppure con la sieroterapia: con dosi complessive dai 12 ai 33 gr. di sulfamidopiridina l'A. provocò in tutti i p., che all'inizio del trattamento si trovavano in VIII, III, V, II, IV e I giornata, una caduta rapida della temperatura: in 5 casi però si osservò una riaccensione termica secondaria (dai 3 ai 15 giorni dalla crisi), che si dileguò spontaneamente o cedette prontamente alla droga. Come manifestazioni tossiche solo vomito e nausea. Decoux e Paturiaux hanno trattato 3 casi di polmonite grippale con piccole dosi di 693 (in media 5 gr. per malato); in tutti i casi, compreso uno particolarmente grave, caduta della temperatura in 24-36 h.

Anderson e Dowdeswell riportano una casistica di 100 polmonitici, tutti piuttosto giovani (età media 26 a.), osservati nell'ospedale indigeno di Nairobi. Di questi, 50 furono trattati col 693 seguendo lo schema di dosaggio proposto da Evans e Gaisford; la dose massima complessiva fu di 40 gr., la media di 18 gr. e mezzo. Mentre nel gruppo di controllo vi furono 8 morti, nel gruppo trattato si ebbe un solo decesso, in apiressia, probabilmente per insufficienza cardiaca. Oltre a questa scarsa mortalità fu osservata una netta modificazione del decorso termico. In quasi tutti i casi, entro 24-48 h. dall'inizio del trattamento, si ebbe una caduta della temperatura alla norma, seguita da un aumento secondario non oltre i 38°: in media la temperatura rimase definitivamente normale in 3, 5 giorni dall'inizio del trattamento. In caso di riaccensione febbrile secondaria di una certa entità, si notò quasi sempre un'estensione dell'epatizzazione polmonare: questa evenienza però si ebbe in 7 casi contro 23 del gruppo controllo. Furono isolati dall'espettorato pneumococchi che ri-

sultarono di tipo I, II, III, V, VII VIII; fu così possibile vedere, in disaccordo coi risultati sperimentali, una certa maggiore efficacia del trattamento nelle polmoniti di tipo II, III e V. Gli AA. però sono molto prudenti nel giudicare, in base ad una così scarsa casistica, l'attività della droga in relazione al tipo di germe e sono piuttosto propensi ad ammettere la sua efficacia contro tutti i tipi conosciuti. Come effetti tossici gli AA. ricordano vomiti in 12 casi, (solo in uno però così gravi da interferire nel trattamento), cianosi in 2 casi sottoposti a dosi più larghe. Non leucopenia, ma solamente una certa granulocitopenia relativa che in un caso raggiunse il 32 %.

Flippin, Lockwood, Pepper e Schwartz hanno curato con la sulfamidopiridina 100 polmonitici, sia di razza bianca che negra, di età compresa fra i 12 e i 79 a. Fu sempre isolato il tipo di pneumococco dall'espettorato e furono fatte emoculture che riuscirono positive in 8 casi. Gli pneumococchi isolati risultarono essere di tipo I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, XIV, XV, XVII, XIX, XXIII, XXVII, XXIX. Gli AA. hanno seguito la posologia consigliata da Evans e Gaisford, con dosi totali di 25 gr. o di 15 gr. nei casi in cui il trattamento venne iniziato dopo la 5ª giornata di malattia. Con queste dosi fu notata una grande variabilità nella concentrazione della sulfapiridina libera nel sangue (da 1 mgr. a 18 mgr. per 100 cc.). Però da ricerche in proposito risulterebbe agli AA. che non vi è relazione fra il livello ematico della droga, la mortalità e la rapidità di guarigione. La mortalità fu del 4 % (3 polmonitici di tipo III ed uno di tipo IV con batteriemia). In quanto all'influenza del trattamento sul decorso della malattia, gli AA. sono rimasti colpiti dalla rimarchevole frequenza con cui il trattamento era seguito entro 24 h. o anche meno da una caduta critica della temperatura, che non si accompagnava immediatamente con sensibili modificazioni dei segni polmonari, ma era sempre seguita da un netto miglioramento dello stato generale. Detta caduta termica non pare sia da attribuirsi ad un processo antipiretico svolgentesi attraverso i centri termoregolatori: il miglioramento clinico che l'accompagna depone piuttosto per un rapido esaurimento degli elementi invasivi o tossiemici dell'infezione. In molti casi, dopo la crisi termica, persistette per molti giorni una febbricola che però non richiese un ulteriore trattamento. La droga si è dimostrata uniformemente efficace verso i vari tipi di pneumococchi in questione e forse solo un po' meno verso il tipo III. Oltre ai casi riportati, gli AA. hanno trattato con successo polmonitici che non avevano risentito di larghe dosi di siero.

Scarse le complicazioni e mai comparsa di empiemi. In quanto alle manifestazioni tossiche fu osservata la grande frequenza di segni di irritazione gastrica: nausee nel 56 %, vomiti nel 40 %; per questi in 10 casi si dovette sospendere il trattamento, dopo però che erano stati somministrati 12 gr. di sulfapiridina, dose che risultò sufficiente. Le altre manifestazioni tossiche sarebbero, secondo gli AA., simili a quelle descritte per gli altri sulfamidici ma meno frequenti; su 100 trattati un caso rispettivamente di dermatite, anemia acuta emolitica, leucopenia spiccata senza però agranulocitosi e di febbre da droga.

Quasi contemporaneamente al lavoro di Flippin, Lockwood, Pepper e Schwartz, veniva pubblicata la notevole casistica di Agranat, Dreosti e Ordman di 550 casi fra controlli e trattati. Si trattava per lo più di indigeni ricoverati negli ospedali della zona di Johannesburg; solo 27 europei vennero sottoposti a trattamento. La distinzione ha importanza, giacchè negli indigeni della zona la polmonite ha una speciale epidemiologia, anche perchè molti di essi, minatori, sono sottoposti a vaccinazione profilattica. Gli pneumococchi isolati dall'espettorato risultarono essere di tipo I-X, XV, XVII, XIX, XXI, XXIII, XXV, XXVII, XXXII, oltre a vari tipi non identificati. La droga fu somministrata nella quantità complessiva da 14 a 29 gr. La mortalità risultò del 4,4 % contro l'11,7 % dei controlli. Oltre a questa influenza sulla mortalità, il trattamento sembrò influire decisamente sul decorso, attraverso una netta riduzione del periodo febbrile con caduta precoce della temperatura e del polso, un rimarchevole miglioramento delle condizioni generali, un abbreviamento del decorso complessivo e del periodo di convalescenza. Non vi fu una netta differenza coi controlli nella percentuale degli empiemi e dei versamenti di una certa entità. Come manifestazioni tossiche, in un certo numero di casi, vomito e diarrea, raramente sulfoemoglobinemia ed eruzioni cutanee; in 3 casi considerevole caduta leucocitaria, ma solo in un caso agranulocitosi che fu però domata. Fu studiato sia nei controlli che nei trattati il comportamento dei globuli rossi, dei bianchi, dell'emoglobina, della velocità di sedimentazione. È risultato che dopo la crisi la droga produce una rapida diminuzione dei leucociti, seguita dopo tre giorni da una lieve ripresa e successivamente da un ritorno alla norma, che la distruzione eritrocitaria nei casi trattati è meno pronunciata e seguita da una migliore riparazione, che, sempre nei trattati, si ha una più rapida distruzione dell'emoglobina, cui segue però un più sostenuto ritorno ai valori normali, mentre la velocità di sedimentazione è aumentata in minor grado e ritorna più rapidamente normale.

Lohman e Bogue hanno trattato 25 polmonitici, di cui solo 14 da pneumococco (tipo II, III, V, VII, VIII, IX, XIX e XX, con prevalen-

za del tipo III che si isolò in 6 casi), con emoculture sempre sterili. Per il dosaggio gli AA. seguirono al solito lo schema di Evans e Gaisford, mantenendosi in media un po' al di sotto del totale di 25 gr. (in media gr. 17,5); solo in un caso si raggiunsero i 50 gr. Vi furono due morti, di cui una dovuta probabilmente ad azione tossica della droga. In genere sotto trattamento si verificò una pronta caduta della temperatura, del polso e del respiro alla norma entro 12-48 h. insieme ad una scomparsa dello stato tossico: questo comportamento si ebbe anche in un caso di tipo VIII in cui la sieroterapia aveva fallito. Come effetti tossici, nausea in quasi tutti i casi, spesso vomito. Nel caso in cui furono somministrati gr. 50 della droga si sviluppò un ittero con una grave anemia di tipo aplastico ad esito letale.

Dopo avere esposto i principali lavori clinici sull'argomento, per completezza di dati, ricorderemo alcune delle manifestazioni tossiche più gravi che sono comparse durante un trattamento sulfapiridinico. In genere i disturbi più gravi sono stati descritti all'infuori della polmonite, in altre infezioni che richiedevano un dosaggio più abbondante e prolungato. Con le dosi impiegate nella polmonite abbiamo visto come gli effetti tossici siano in genere trascurabili e a carico della sfera digerente. Oltre a questi, però, nella letteratura se ne trovano descritti di più gravi. Così Davis riporta il caso di un bambino di 16 mesi trattato per polmonite con dosi non eccessive di 693 (gr. 6,75 in 14 giorni) in cui comparve un'eruzione cutanea, prima morbilliforme e poi scarlattiniforme insieme ad una stomatite grave. Tzanch, Arnous e Paillas riferiscono di un broncopolmonitico, che presentava del resto segni di intolleranza per varie sostanze, deceduto per agranulocitosi successiva a 2 brevi periodi di trattamento con 2-3 gr. giornalieri. Casi di agranulocitosi in seguito a trattamenti più energici sono descritti con maggiore frequenza. Johnston ne ha visto uno dopo un dosaggio di 54 gr. in 11 giorni. Coxon e Forbes un altro cui erano stati somministrati pure 54 gr. in 17 giorni; anche le agranulocitosi riferite da Melton e Beck, da Sutherland, da Barnett e Collaboratori erano successive a trattamenti molto larghi. Senza arrivare all'agranulocitosi Lloyd, Erskine e Johnson riportano in blenorragici, trattati con 50-52 gr. di droga, una lieve ma definita depressione dei globuli bianchi con leucopenia polinucleare e linfocitosi. Abbiamo già avuto modo di ricordare qualche caso di anemia acuta emolitica. Anche Benard, Merklen e Péquignot pubblicano un caso di deglobulizzazione massiva in seguito a forti dosi di 693.

Complicazioni di tutt'altro genere sono state descritte da qualche AA. sia sperimentalmente che clinicamente. Antopol e Robinson, Gross, Cooper e Lewis hanno osservato in animali trattati formazione di uroliti, pare da precipitazione di derivati acetilici della sulfapiridina, e conseguentemente ematuria. Anche nell'uomo Southworth e Cooke hanno descritto in corso di trattamento con le solite dosi (in tutto gr. 25,5 - 10,5 - 52,5) tre casi di ematuria con ritenzione azotata e dolori addominali di tipo renale od ureterale; in un caso veniva simulato un attacco di appendicite. Tutta la sintomatologia si dileguò prontamente con la sospensione della droga e con la provocazione di una diuresi abbondante.

*
* *

La nostra esperienza personale si basa sull'osservazione di 41 polmonitici sottoposti a trattamento con la p-aminobenzol-sulfamidopiridina preparata dalla S. A. Farmaceutici Italia col nome di « Tioseptale ». Dal momento in cui siamo venuti in possesso del medicamento, fine del marzo scorso, fino ai primi di giugno, abbiamo trattato con il « Tioseptale » indistintamente tutti i polmonitici ricoverati nella nostra Clinica. Abbiamo preferito fare così, anzichè suddividere una casistica non abbondante, anche per la stagione oramai avanzata, in un gruppo di trattati e in un gruppo di controllo. Per avere però un'idea del carattere epidemiologico del momento, abbiamo creduto interessante fare un'inchiesta sul decorso della malattia in un altro ambiente in cui ci si atteneva alla terapia classica sintomatica. Ci siamo per questo rivolti alla cortesia del prof. Lucherini, primario del V Padiglione al Policlinico Umberto I, che ci ha messo a disposizione tutto il materiale occorrente. Riferiremo brevemente di questo gruppo di polmonitici ricoverati al V padiglione nel periodo corrispondente a quello delle nostre osservazioni.

Si tratta complessivamente di 34 polmonitici, 22 maschi e 12 femmine, la cui età risulta dalla seguente tabella.

	anni	nº di malati
età	0 a 9	1
»	10 a 19	3
»	20 a 29	6
»	30 a 39	8
»	40 a 49	5
»	50 a 59	3
»	60 a 69	4
»	70 a 79	4

La diagnosi di polmonite fu accertata, oltre che clinicamente, quasi sempre radiologicamente. In 14 casi fu anche isolato dall'espettorato il pneumococco che risultò di tipo I (8 casi), II (2 casi), VII (2 casi), XV (1 caso), XXII (1 caso). Spesso vennero eseguite anche emoculture che riuscirono sempre negative. Come si è detto tutti i casi furono trattati con la terapia sintomatica. Il decorso, soprattutto

*

per quanto si riferisce all'epoca di comparsa della crisi, è evidente nella tabella seguente:

giorno in cui si ebbe la crisi	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	oltre	nessuna crisi
nº di malati	–	–	–	–	2	3	11	5	3	–	1	1	1	2

Non ci sono particolari commenti da fare sui riportati decorsi termici, che non si discostano da quelli abituali per la polmonite. Solo qualche risoluzione ritardata e spesso il protrarsi per qualche giorno oltre la crisi di modiche elevazioni termiche.

Non furono notate particolari complicazioni: mai empiemi, nè versamenti pleurici di una certa entità. Si ebbero 5 decessi, quasi tutti in persone di età molto avanzata. Abbiamo riferito succintamente su questo gruppo di polmonitici non sottoposti a particolari trattamenti, per dare un'idea del genio epidemico del momento in cui si sono svolte le nostre osservazioni ed evitare obbiezioni che in questo senso si sarebbero giustamente potute fare ai nostri risultati. Solamente per questo, e non con l'intenzione di creare un gruppo di controllo che, nel caso nostro, non è esattamente sovrapponibile al gruppo in trattamento, se non altro per differenti condizioni di età, di sesso ecc. Questo inconveniente, che naturalmente si accentua in una casistica non abbondante come la nostra, ci esime dallo stabilire delle percentuali che non corrisponderebbero alla realtà.

Come si è detto, la nostra esperienza si basa sull'osservazione di 41 polmonitici dei quali 32 di sesso maschile e 9 di sesso femminile. Non abbiamo incluso nella casistica 3 casi, arrivati in Clinica in condizioni preagoniche, che morirono entro 12 h. dal ricovero, senza che si potesse nemmeno iniziare la terapia col Tioseptale. Per lo più si trattava, come risulta dall'annessa tabella, di soggetti giovani o di età media, raramente di bambini o di individui in età avanzata.

anni	nº di malati
età 0 a 9	2
» 10 a 19	8
» 20 a 29	8
» 30 a 39	9
» 40 a 49	6
» 50 a 59	5
» 60 a 69	2
» 70 a 79	1

La diagnosi clinica fu sempre confermata anche radiologicamente. In 10 p. fu isolato dall'espettorato il pneumococco che risultò di tipo I (4 casi), II (1 caso), III (1 caso), V (1 caso), VII (1 caso), XXI (1 caso), XXVIII (1 caso). (1). In 2 malati le emoculture riuscirono positive.

I pazienti, appena entrati in Clinica, venivano sottoposti ad accertamento radiologico, dopo di che si iniziava immediatamente il trattamento. Per questo quasi sempre il 1º giorno di ospedalizzazione coincide con l'inizio della terapia. Al trattamento con Tioseptale abbiamo associato la comune terapia sintomatica (cardiocinetici, digitale, ossigenoterapia, impiastri ecc.), a seconda delle esigenze del caso. Circa il giorno di malattia in cui i malati capitavano sotto la nostra osservazione, riportiamo il seguente schema riassuntivo. Come si è detto il giorno di ospedalizzazione coincide quasi sempre con l'inizio del trattamento.

Giorno di malattia all'ingresso e quindi all'inizio del trattamento	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
nº di malati	7	12	9	3	5	2	2	–	1	–

Dosaggio. Come posologia ci siamo attenuti generalmente allo schema seguente: 3 gr. di Tioseptale nei primi 2-3 giorni, somministrati in compresse da gr. 0,5 ogni 4 h., sia di giorno che di notte. Successivamente, regolandosi a seconda del decorso termico, si è ridotta la dose a 2 gr. frazionati ogni 6 h. in compresse di mezzo grammo. Se non che avveniva per lo più che i malati, che, per motivi di accettazione, venivano ricoverati in Clinica nel pomeriggio, ricevessero nel primo giorno di ricovero una dose di medicamento in qualche caso insufficiente. Per questo, negli ultimi casi capitati sotto la nostra osservazione, abbiamo creduto utile di somministrare nelle prime 12 h. una compressa di Tioseptale ogni 2 h. in modo che, anche nel primo giorno di ospitalizzazione, il p. ricevesse la solita dose di 3 gr. Siamo stati convinti a ciò anche dall'osservazione di molti AA. che insistono sulla necessità di una dose di attacco piuttosto elevata, onde raggiungere fin dall'inizio un livello efficace nel sangue ed evitare la possibilità dello stabilirsi di una resistenza del germe verso la droga. Anche così però ci siamo mantenuti molto al di sotto delle dosi consigliate dagli AA. inglesi e americani. Dalla tabella che segue risulta come in genere siano stati sufficienti dosaggi complessivi dai 5 ai 14 gr.

Dose complessiva:
massima gr. 32,5; minima gr. 5; media gr. 11,7

Dose complessiva:

gr.	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34
nº di malati	14	19	4	2	1	1

(1) Il nostro ringraziamento al dott. Spina, della Clinica Tisiologica della R. Università di Roma, che, in questi malati, come in quelli del prof. Lucherini, praticò l'isolamento dall'espettorato del tipo di pneumococco.

È nostra impressione che in genere quantità di droga più larghe non aumentino in proporzione la probabilità di un successo, che per lo più non si raggiunge anche insistendo, se le dosi iniziali, presumibilmente efficaci, non hanno corrisposto. Le dosi che abbiamo impiegate sarebbero, secondo Durel, Halpern, Dubost e Alline, sufficienti in genere per ottenere una concentrazione ematica efficace costante, senza fenomeni cumulativi, nè di abbassamento troppo rapido. Giovandoci di questa esperienza, non abbiamo effettuato dosaggi della droga nel sangue. Anche perchè, come si è visto, i vari AA. non sono d'accordo sul livello ematico efficace della sulfapiridina. D'altra parte, i risultati terapeutici in genere ci hanno più di ogni dosaggio dimostrato che la posologia usata, sicuramente non eccessiva, era sufficiente allo scopo. Solo nei pochi casi di relativo insuccesso sarebbe stato interessante precisare se esso coincidesse con una concentrazione ematica della droga troppo scarsa per difetto di assorbimento o rapidità di eliminazione.

Risultati terapeutici. In quanto ai risultati terapeutici, come di uso, si suole riferire sull'incidenza della mortalità e sul decorso della malattia. I 41 casi che noi abbiamo trattato sono tutti passati in guarigione. Non è certo un risultato trascurabile, anche perchè spesso si trattava di casi notevolmente gravi, con più lobi impegnati, 2 volte con emocultura positiva, non raramente con complicazioni cardiorenali o di altro genere. L'impossibilità di disporre di un gruppo di controllo, perfettamente sovrapponibile, non ci permette di valorizzare troppo questo risultato che però non può passare sotto silenzio.

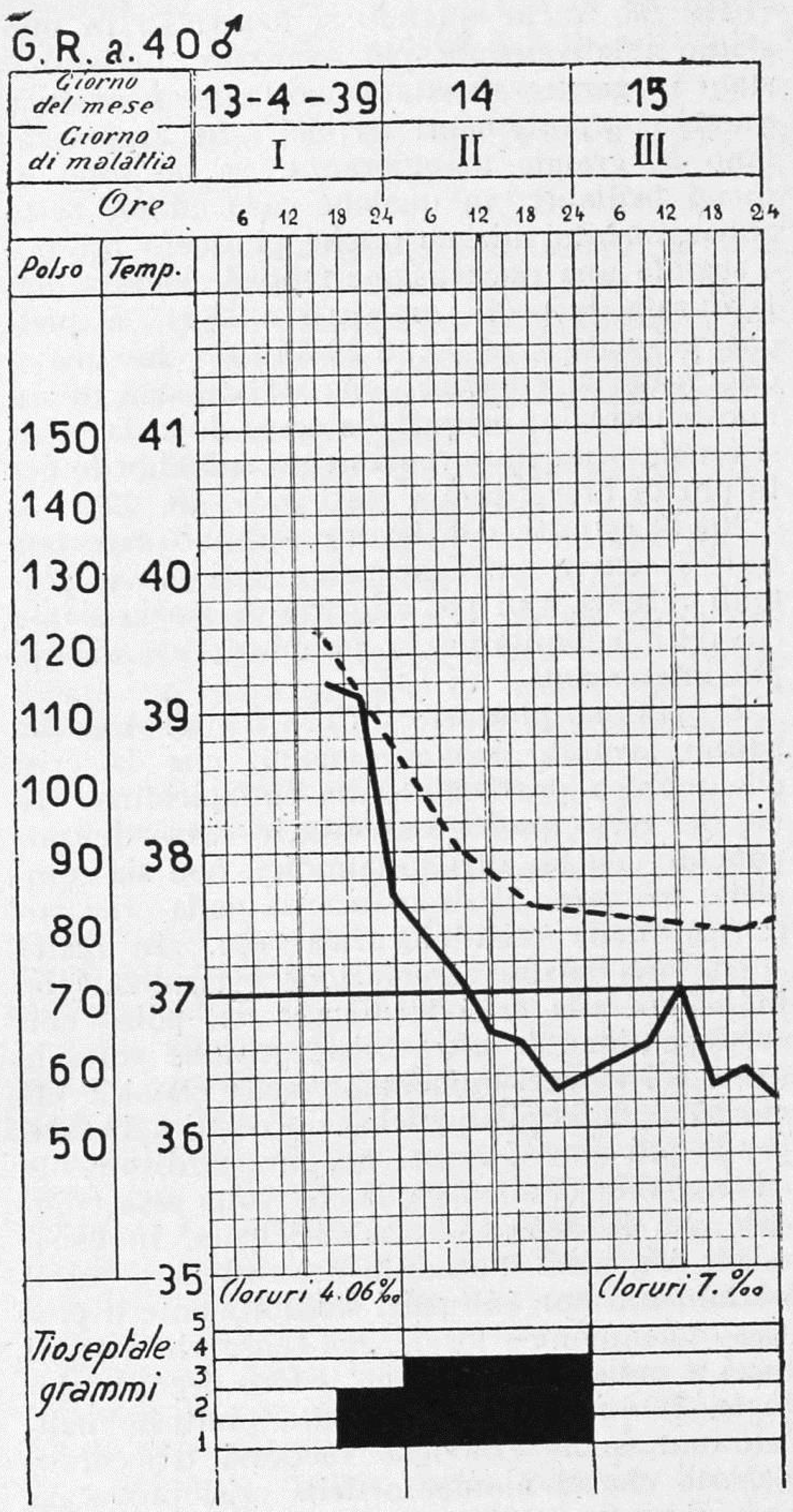
Ma gli effetti più sorprendenti del trattamento, riguardano soprattutto il decorso e l'epoca di comparsa della crisi. Non possiamo che sottoscrivere ai risultati degli AA. inglesi e americani. Spesso entro 12 h. (casi n. 7, 13, 23, 39), in genere entro 24 h. (casi n. 6, 9, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 25, 27, 28, 32, 35, 37, 38, 41), quasi sempre entro 48 h. (casi n. 1, 4, 8, 11, 14, 16, 20, 26, 33), rarissimamente dopo 48 h. (caso n. 30), dall'inizio del trattamento, la temperatura è caduta per crisi, accompagnata nella discesa dal polso; insieme notevole miglioramento dello stato generale e dell'impronta tossica che i polmonitici di una certa gravità in genere presentano. Dalla tabella che riportiamo:

giorno in cui si ebbe la crisi	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	nessuna crisi
nº di malati	-	7	8	10	5	5	1	1	1	1	-	1	1

è evidente come il giorno della crisi sia nettamente spostato verso le prime 5 giornate, con un'alta percentuale nella II e III giornata. Diremo subito che i risultati più sorprendenti si sono avuti quando si è iniziato il trattamento nelle primissime giornate di malattia (I-II). Ma anche quando si è arrivati in uno stadio relativamente più avanzato, l'effetto è stato in genere altrettanto costante. Accanto a questi comportamenti termici, che rappresentano la grande maggioranza, ve ne sono di meno brillanti: in qualche caso ad un netto abbassamento iniziale anche piuttosto precoce è seguita una riaccensione febbrile elevata della durata da poche ore (casi n. 3-24), a qualche giornata (casi n. 2-29-31-40), che una o due volte ha coinciso con la comparsa di un nuovo focolaio; in qualche caso, dopo la crisi, si è notato un lieve movimento subfebbrile per lo più di breve durata (casi n. 5, 18, 22).

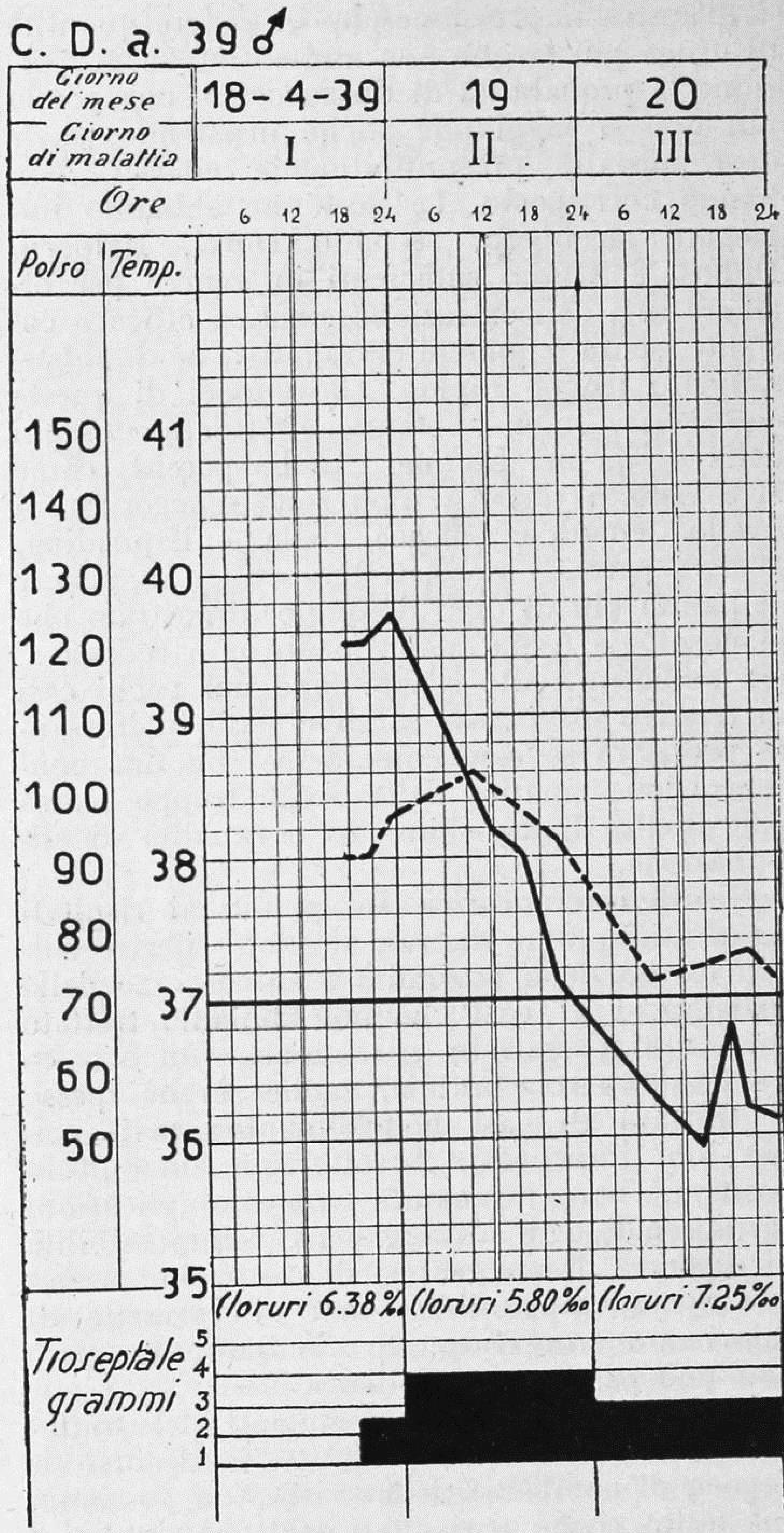
Negli estratti del lavoro saranno riportate tutte le curve termiche con i dati più importanti relativi. Qui per esigenza di spazio siamo costretti a limitarne la pubblicazione ai tipi più interessanti.

È opinione piuttosto diffusa fra gli AA. che hanno lavorato sull'argomento, che la crisi pneumonica provocata dalla sulfapiridina, come del resto quella osservata in corso di trattamento con gli altri sulfamidici, non sia completa, nel senso della mancanza della crisi poliurica, della crisi clorurica, ecc. In realtà anche alla nostra osservazione è risultato che in genere alla crisi termica e del polso non corrispondono le altre crisi; qualche volta le urine e i cloruri aumentano nella classica VII giornata, dopo già qualche giorno di apiressia, per lo più non si assiste neppure tardivamente ad una vera crisi, ma qualche volta essa coincide con la defervescenza anticipata. In genere gli AA. sono d'accordo nel sostenere che il trattamento non influenzi sensibilmente il processo pneumonico locale, nel senso che i segni fisici e radiologici seguono il loro decorso abituale. È questo un argomento piuttosto delicato sul quale conviene mettersi d'accordo. È certo che al momento della crisi provocata non si assiste alla scomparsa completa dei sintomi clinici e radiologici dell'epatizzazione polmonare, come del resto non avviene durante la crisi spontanea. Il reperto obbiettivo subisce le note modificazioni ma spesso, anche normalmente, persistono per giorni segni ancora di blocco senza che per questo si arrivi alla definizione di esito ritardato. Premesso questo, il quesito ci sembra che debba essere impostato nel senso di indagare se veramente una polmonite, trattata e guarita almeno dal punto di vista della temperatura e delle condizioni generali, decorra diremmo anatomopatologicamente come se la crisi non fosse avvenuta. Dall'esame obbiettivo dei nostri malati ci è sembrato che il processo, per lo meno in qualche caso, non decorra in questo senso e che, specie nei casi trattati nei primissimi giorni di malattia, il focolaio, pur evolvendo



Caso n. 10 - G. R., a. 40.

R. X. 13 aprile 1939, I giornata. Alla regione media del campo polmonare S. si osserva un'ampia area opaca, a forma grossolanamente triangolare, con apice rivolto verso la porzione media dell'ilo corrispondente e la base verso l'esterno: i contorni di questa area sono netti nel tratto mediale, più indecisi lateralmente, dove anche l'opacità sfuma e si attenua, lasciando intravedere, non solo le varie figure costali, ma anche alcuni elementi più grossolani del disegno polmonare. Il disegno nella regione basale S. si presenta egualmente accentuato, mentre al sott'apice e nel campo polmonare D. è perfettamente normale. — 15 aprile 1939, III giornata. L'area già descritta ha perduto l'aspetto triangolare, è molto più attenuata di densità, sfumata nei suoi contorni; lascia intravedere in tutto lo spazio che occupa gli elementi del disegno polmonare. D'altro canto però è più ampia, specie nella porzione in vicinanza dell'ilo. Nessun altro fatto a carico delle rimanenti regioni dei due campi polmonari. — **Crisi poliurica** in VI-VII giornata. — **Leucociti**: 13 aprile 1939: 9.400 - 15 aprile 1939: 7.000.



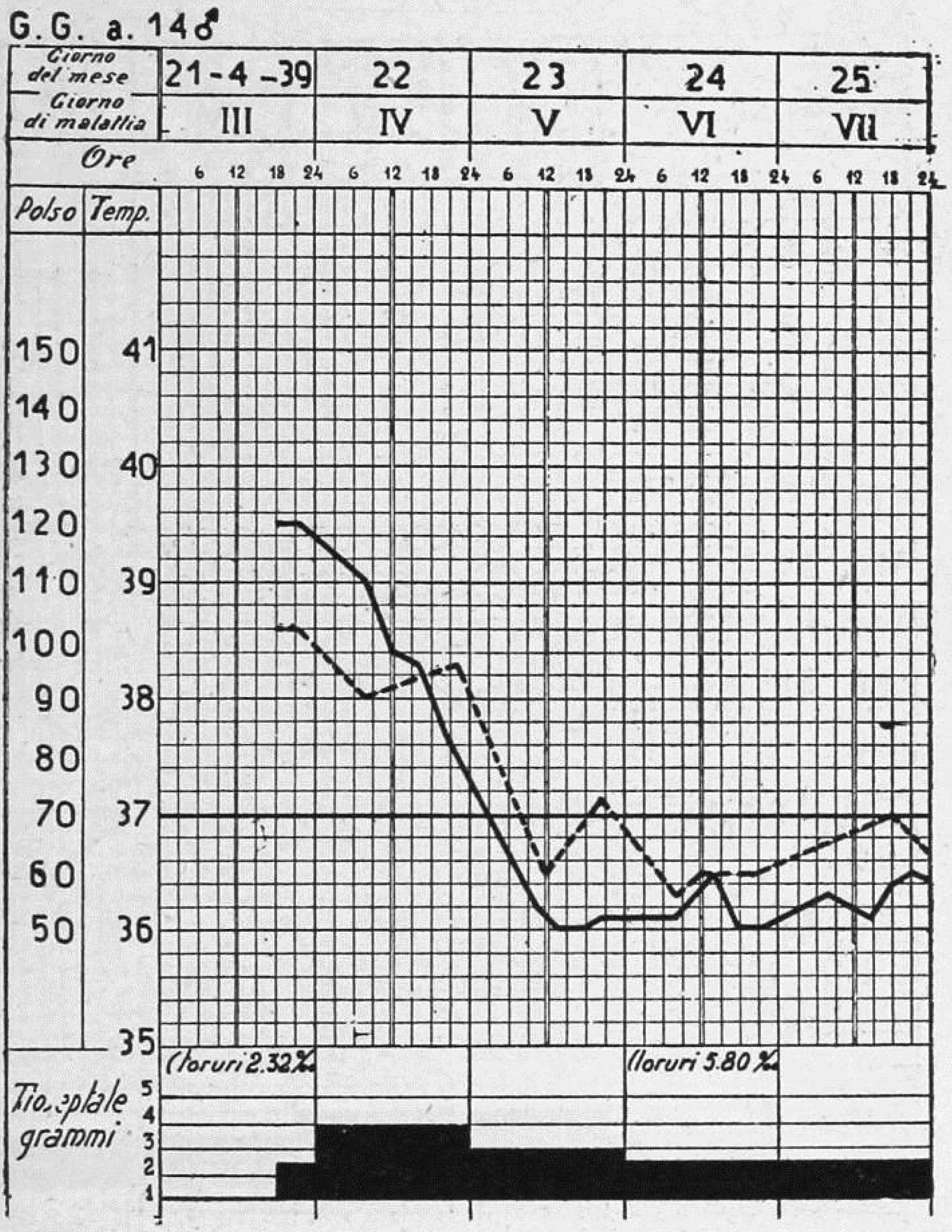
Caso n. 15 - C. D., a. 39.

R. X. (vedi riproduzioni). **R. W.**: 19 aprile 1939: R. W. ++++; M. T. R. ++++; R. K. ++++. Nell'espettorato si isola uno pneumococco di **tipo I.**

nel modo abituale, risolva più rapidamente. Non sicuri però dei rilievi obbiettivi, abbiamo creduto utile affidare il quesito alla radiologia, praticando sistematicamente in tutti i malati radiogrammi a breve distanza e in qualche caso quasi ogni giorno. In realtà molte volte il radiologo ha notato fra lastre eseguite a 1-2 giorni di distanza modificazioni nette, come di solito non si osservano nei decorsi normali.

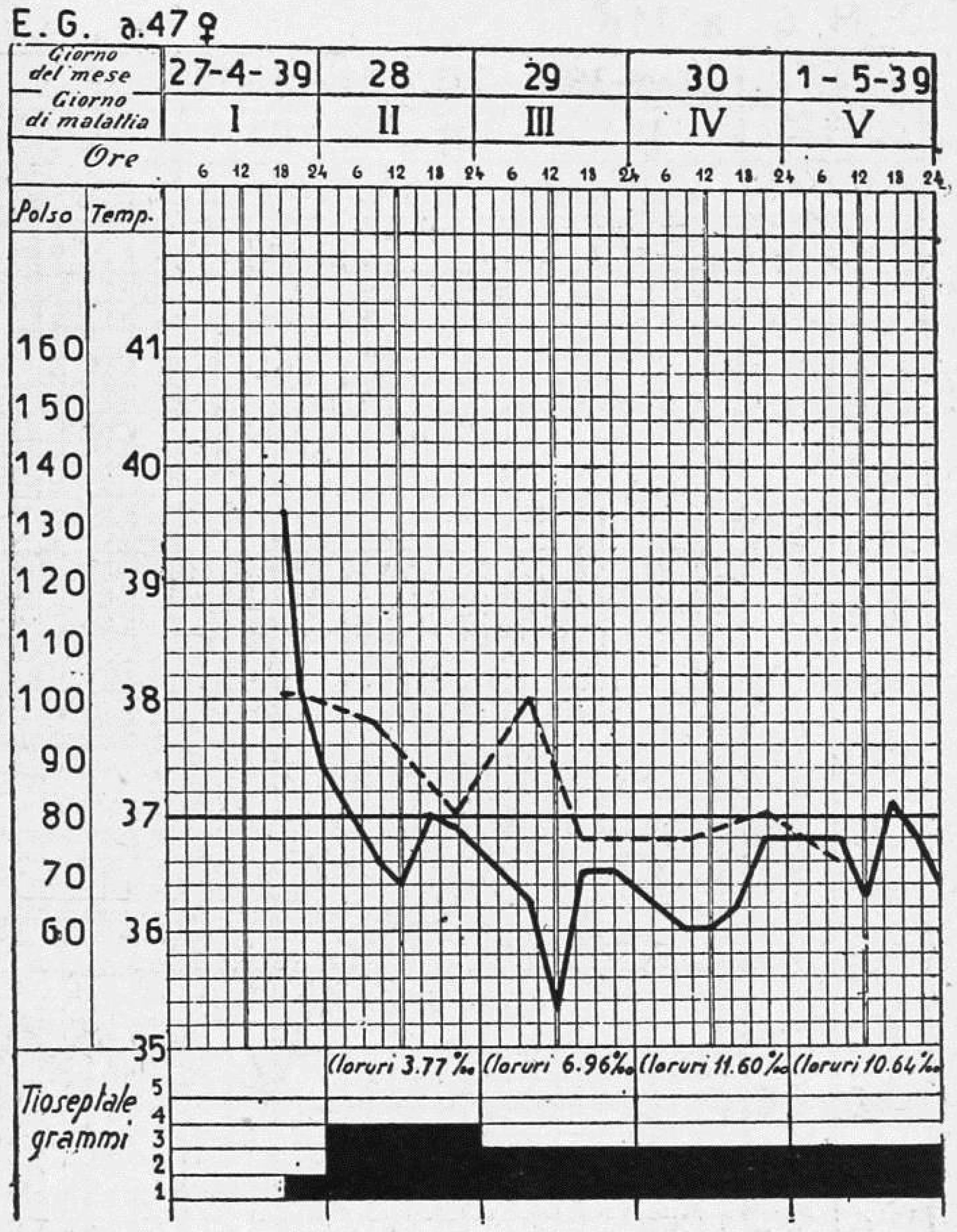
Ne riportiamo qui solo qualcuna delle più convincenti riservandoci di fare negli estratti una documentazione più ampia.

Complicazioni. Se i risultati in genere sono stati così brillanti, non è mancato qualche caso meno felice e qualche complicazione di decorso che non possono non attirare la nostra attenzione. Se abbastanza spesso il trattamento ha sembrato affrettare l'evoluzione del processo pneumonico locale, in un caso (n. 22) si è avuta una risoluzione clinica e radiologica ritardata pure essendo la m. in apiressia. In 2 casi, sotto trattamento, (casi n. 3



Caso n. 16 - G. G., anni 14,

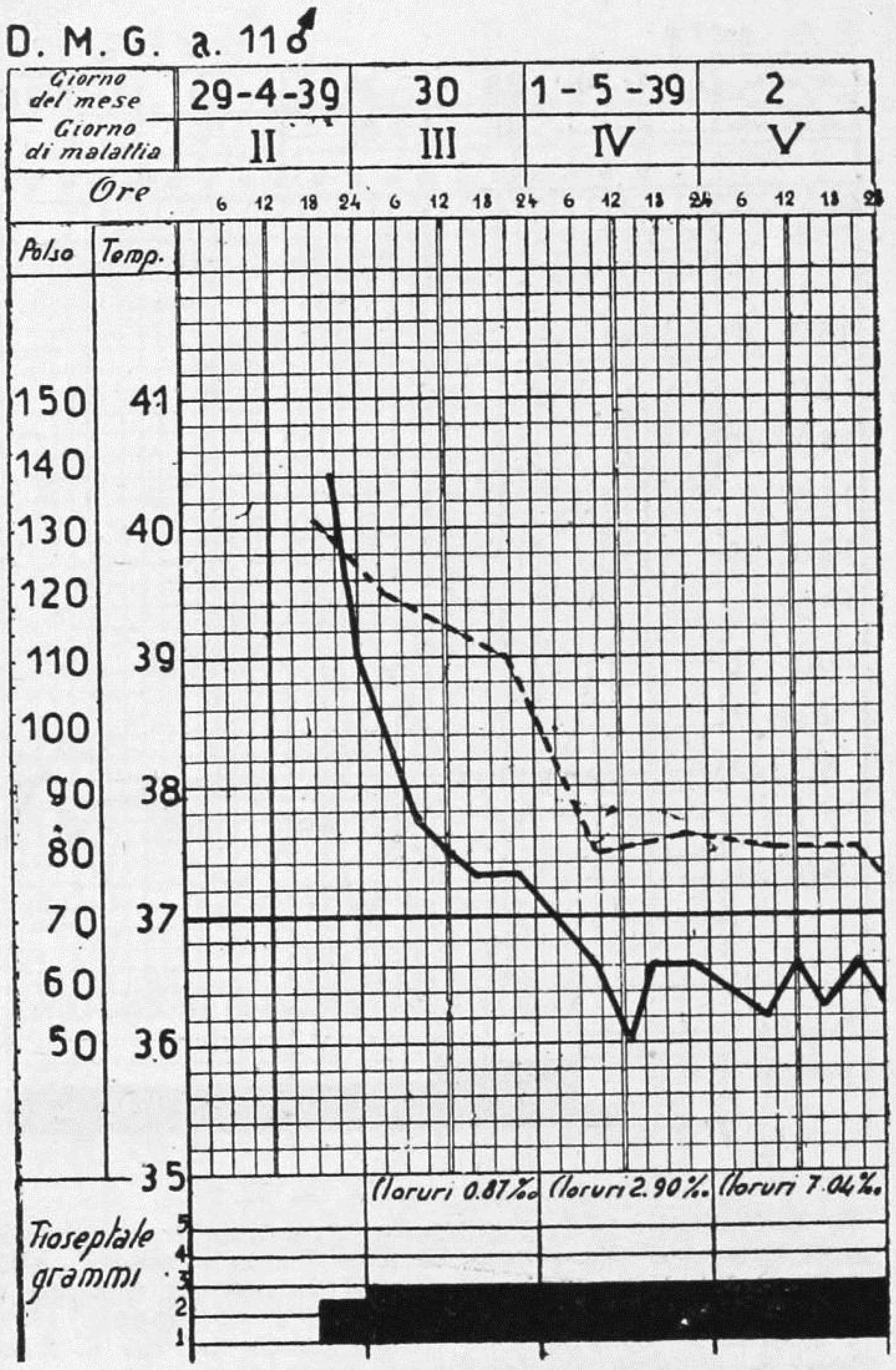
R. X. 22 aprile 1939, IV giornata. Nel campo polmonare S. si osserva un'area di minor trasparenza, che occupa tutta la porzione interposta fra la II costa e la cupola diaframmatica, di aspetto non uniforme. Nella porzione del campo polmonare corrispondente al sott'apice si ha marcato rinforzo del disegno. L'ilo traspare nettamente come figura più opaca dall'area di minor trasparenza descritta ed è più ampio che di norma. In campo polmonare D. si osservano trasparenza e disegno normali. L'immagine dell'ilo D. è sensibilmente più marcata del normale. — 24 aprile 1939, VI giornata. Reperto pressochè invariato dal precedente esame. — 27 aprile 1939, IX giornata. Il campo polmonare S. ha acquistato una trasparenza pressochè normale: presenta però un disegno molto più ricco e sopratutto più sfumato che di norma e di aspetto areolare. L'immagine ilare S. si mantiene tutt'ora ampia e piuttosto uniforme. Disegno, trasparenza e ilo di D. perfettamente normali. — **R. W.**: 24 aprile 1939: R. W. —; M. T. R. —; R. K. +++; 1 maggio 1939: R. W. —; M. T. R. —; R. K. —. Nell'espettorato si isola uno pneumococco di **tipo XXVIII.**



Caso n. 23 - E. G., a. 47.

R. X. 27 aprile 1939, I giornata. Alla base S. si osserva una velatura che sfuma in alto irregolarmente. Alla regione del sott'apice S. accentuazione di disegno e minor trasparenza. Ilo S. ampio. — 1 maggio 1939, V giornata. Diminuzione di ampiezza dell'ilo S. Alla base S. opacità che arriva in alto a un dito sopra la cupola diaframmatica. — **Crisi poliurica** in V giornata. — **Crisi clorurica** in IV giornata.

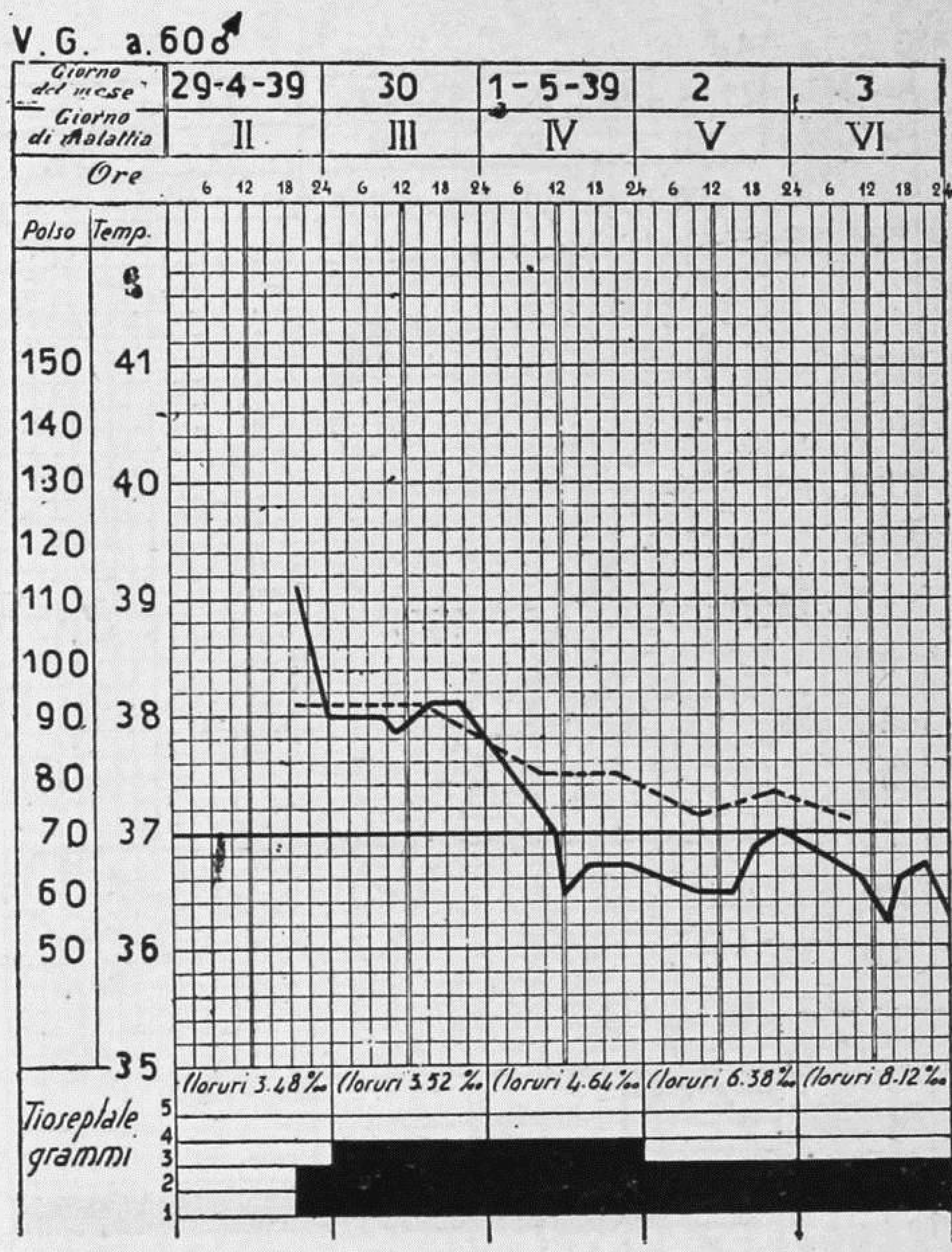
e 29) abbiamo assistito alla comparsa clinica e radiologica di un nuovo focolaio, con riaccensioni febbrili domate abbastanza rapidamente dalla terapia. In 3 malati (casi n. 6, 8 e 19) si è sviluppata una pleurite essudativa, in un caso a carattere emorragico, di discreta entità, tanto da richiedere toracentesi, con nessuna o scarsissima ripercussione termica. In 2 malati (casi n. 34 e 36) si ebbe la complicazione di un empiema. Nel primo, che rappresenta l'unico insuccesso della terapia sul comportamento termico, comparve una pleurite che, da prima sierofibrinosa, acquistò in breve, nonostante la terapia, i caratteri dell'empiema. Nel secondo si ebbe una buona crisi entro le 48 h. tanto che si sospese il Tioseptale. Ma il giorno dopo, nuova riaccensione febbrile cospicua e comparsa rapidissima di un versamento che in breve, nonostante l'immediata ripresa della terapia, divenne rapidamente empiematico. In ambedue i casi il Tioseptale non sembrò svolgere alcuna azione terapeutica, di guisa che fu necessario l'intervento chirurgico. L'evenienza di dette complicazioni, pleuriti ed empiemi, sembra veramente nella nostra casistica un po' superiore alla norma: del resto anche altri AA. avevano notato, in corso di trattamento sulfapiridinico, una maggiore frequenza di empiemi, contrariamente però all'opinione di altri. Più che ad una questione di percentuali, che non siamo autorizzati a fare con una casistica non sufficiente, la constatazione di detta complicazione si presta a qualche considerazione. La terapia, che si dimostra così efficace verso il processo infettivo pneumonico, fallisce completamente non solo nel senso preventivo ma anche curativo verso alcune almeno delle sue complicazioni. Non è facile fornire una spiegazione plausibile, se non riferendoci ai dati sperimentali, secondo cui la droga sembrerebbe essere dotata solo di potere batteriostatico e particolarmente attiva verso germi virulenti e in fase di attiva riproduzione. È perchè forse nell'empiema non ci si trova in queste condizioni che la sulfapiridina non risulta ef-



Caso n. 25 - D. M. G., a. 11.

R. X. 29 aprile 1939. II giornata. In campo polmonare S., nel tratto interposto fra la II e la VI costa, si osserva una area grossolanamente policiclica a contorni piuttosto netti, che si confonde medialmente coll'ilo. I tratti residui del campo polmonare hanno trasparenza perfettamente regolare. Cupola diaframmatica S. normale. La cupola diaframmatica D., alquanto sinuosa, è spianata. Nulla al campo polmonare di questo lato. — 1 maggio 1939, IV giornata. Persiste l'opacità non uniforme, raggruppata in due aree, descritta in precedenza. — 3 maggio 1939, VI giornata. L'area precedentemente descritta è diminuita di densità, specie nella sua porzione più alta. Nessuna variazione in campo polmonare D. — 10 maggio 1939, XIII giornata. Il campo polmonare S. si presenta perfettamente trasparente: persiste solo una modica accentuazione della immagine ilare corrispondente. Nessuna variazione in campo polmonare D. —. **R. W.**: 1 maggio 1939: R. W. —; M. T. R. —; R. K. +++ - 14 maggio 1939: R. W. —; M. T. R. —; R. K. —. **Crisi clorurica** in VI giornata.

ficace? Oppure non è sufficiente un'azione batteriostatica per prevenire e sicuramente meno per sterilizzare una raccolta purulenta? È pure sorprendente la constatazione fatta oltre che da noi da altri AA. della comparsa, durante un trattamento, almeno apparentemente efficace, di nuovi focolai pneumonici o magari di altre localizzazioni del germe. La spiegazione più plausibile potrà qui essere un'insufficienza di dosaggio, del resto da qualcuno dimostrata. Ma è certo che, per lo meno in via logica, è difficile concepire un trattamento che, mentre è sufficiente a spegnere un focolaio, ne permette contemporaneamente la comparsa di uno nuovo. Nel caso n. 36 la comparsa del-



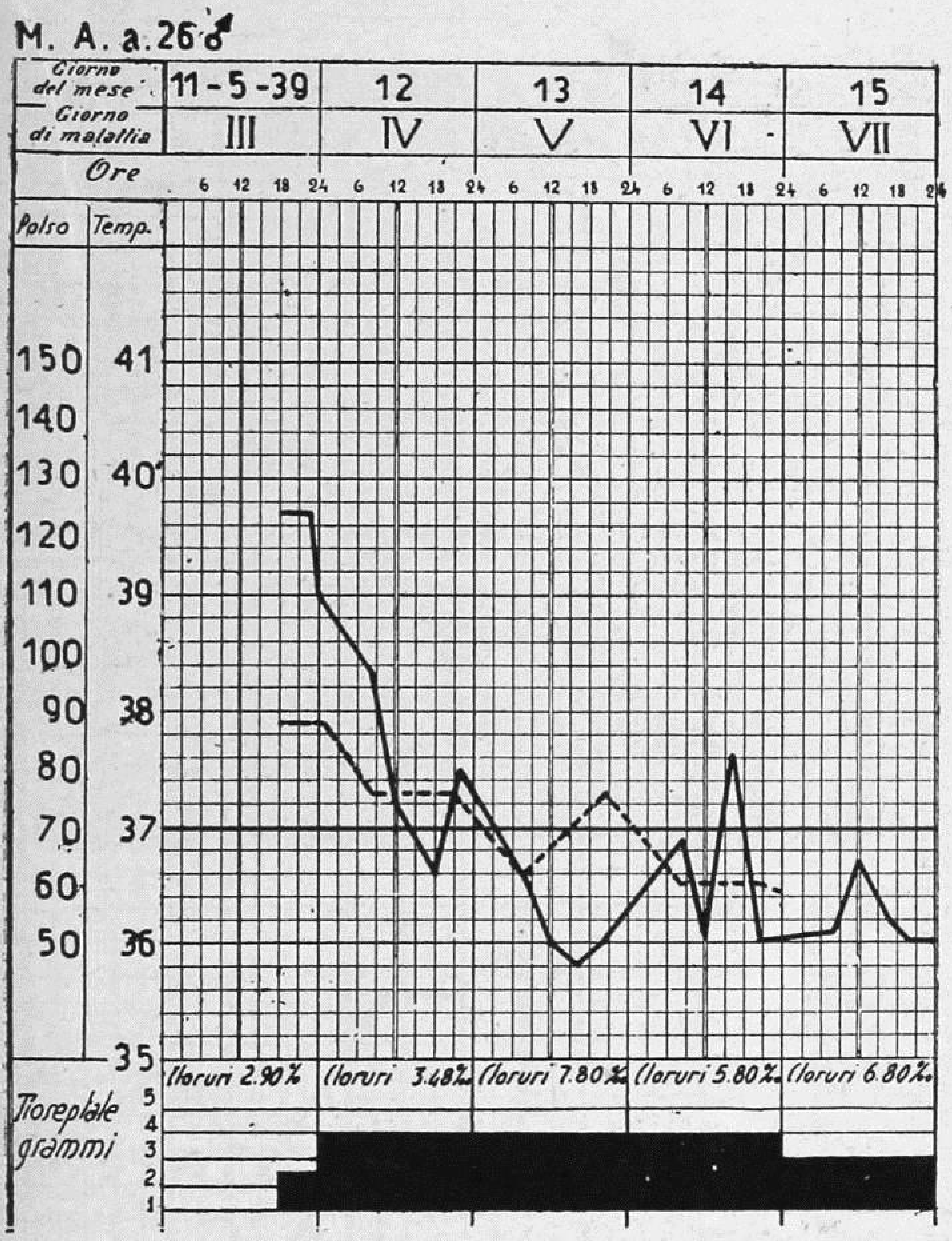
Caso n. 26 - V. G., a. 60.

R. X. 29 aprile 1939, II giornata. Alla regione media D. si nota un'ampia area opaca, di densità non uniforme, a contorni sfumati. — 1 maggio 1939, IV giornata. L'area opaca è leggermente diminuita di densità: traspare un disegno polmonare areolare. — 5 maggio 1939, VIII giornata. Residua una velatura non uniforme con disegno polmonare accentuato e areolare. Accentuato il disegno anche alla base D. Cupola diaframmatica deformata nella sua parte interna. — **Crisi clorurica** scarsa in VI giornata. — Nell'espettorato si isola uno pneumococco di **tipo V.**

l'empiema fu immediatamente successiva ad un giorno di sospensione del trattamento. Fu una semplice coincidenza o l'effetto di un'interruzione precoce della terapia? Nel dubbio è consigliabile, anche secondo l'opinione di molti, di continuare la somministrazione della droga, sia pure in dosi ridotte, per qualche giorno dopo lo sfebbramento.

Azioni tossiche. La tossicità del trattamento ci è parsa veramente trascurabile con le dosi che abbiamo impiegate. Semplice nausea in qualche malato e più ostinata in un caso (n. 5), vomiti non preoccupanti in 2 (n. 22, 33), singhiozzo in un caso (n. 21). La cianosi è stata piuttosto rara e di scarsa entità(casi n. 14 e 41).

Dal punto di vista ematologico non abbiamo avuto a lamentare incidenti di sorta. Nessuna anemizzazione rilevabile e tanto meno segni di anemia acuta emolitica. I globuli bianchi, che in molti casi sono stati seguiti durante il decorso della malattia, non hanno mostrato alcun particolare comportamento: in genere al momento della crisi termica sono scesi ai livelli normali senza alterazioni della formula. Nei casi in cui si sviluppò un empiema, sempre sotto trattamento, i globuli



Caso n. 35 - M. A., a. 26.

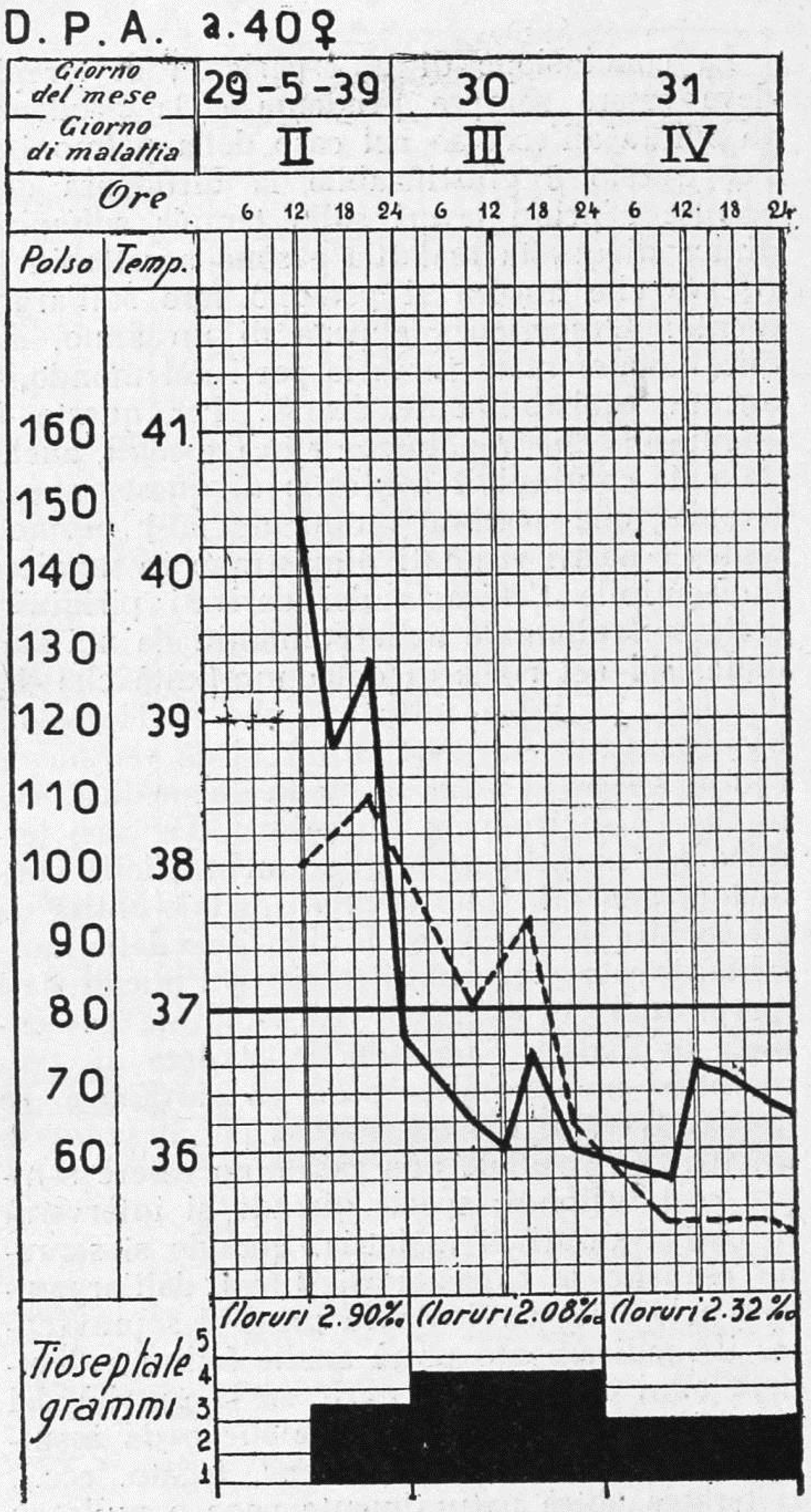
R. X. 11 maggio 1939, III giornata. Rinforzo del disegno polmonare sopratutto evidente nel campo medio di D. Accentuate le immagini ilari. — 13 maggio 1939, V giornata. Meno evidente il rinforzo del disegno polmonare a D. Delle ombre ilari, sempre accentuate, appare più marcata quella di S.: in questo lato, in zona parailare tenue velatura. — 15 maggio 1939, VII giornata. Normali i due campi polmonari. Persiste solo l'ilo S. marcato. — **Crisi clorurica** in V giornata. — **Leucociti**: 11 maggio 1939: 10.000 - 13 maggio 1939: 9.408. — Nell'espettorato si isola uno pneumococco di **tipo VII.**

bianchi risalirono a cifre elevate Quindi nessuna leucopenia preoccupante e tanto meno tendenza all'agranulocitosi. Di un fatto siamo rimasti invece sorpresi: della comparsa in corso di trattamento in vari casi (casi n. 13, 16, 25, 27, 31, 32) di una reazione di Kahn positiva, incompleta o completa, e in 2 casi (n. 14 e 32) di una reazione di Wasserman positiva: a distanza di pochi giorni, cessata la febbre e sospeso il trattamento, dette reazioni ritornavano negative. Non saremmo al presente in grado di stabilire il significato e l'importanza di dette reazioni e neppure di metterle sicuramente in rapporto colla terapia. Ci proponiamo di studiare il fenomeno in ricerche già in corso. Comunque è un fatto degno di nota, che non abbiamo trovato riferito dagli AA. che si sono occupati di questa terapia. Nell'insieme, il trattamento è stato sopportato benissimo senza ripercussioni almeno rilevabili clinicamente sul fegato e sul rene. Anche in diversi casi (n. 3, 8, 14, 33 e 37) con nefriti acute o croniche riacutizzate, a impronta emorragica, iperalbuminuriche e iperazotemiche, il trattamento non ci è sembrato esercitare alcuna influenza dannosa sulla lesione renale.

*
* *

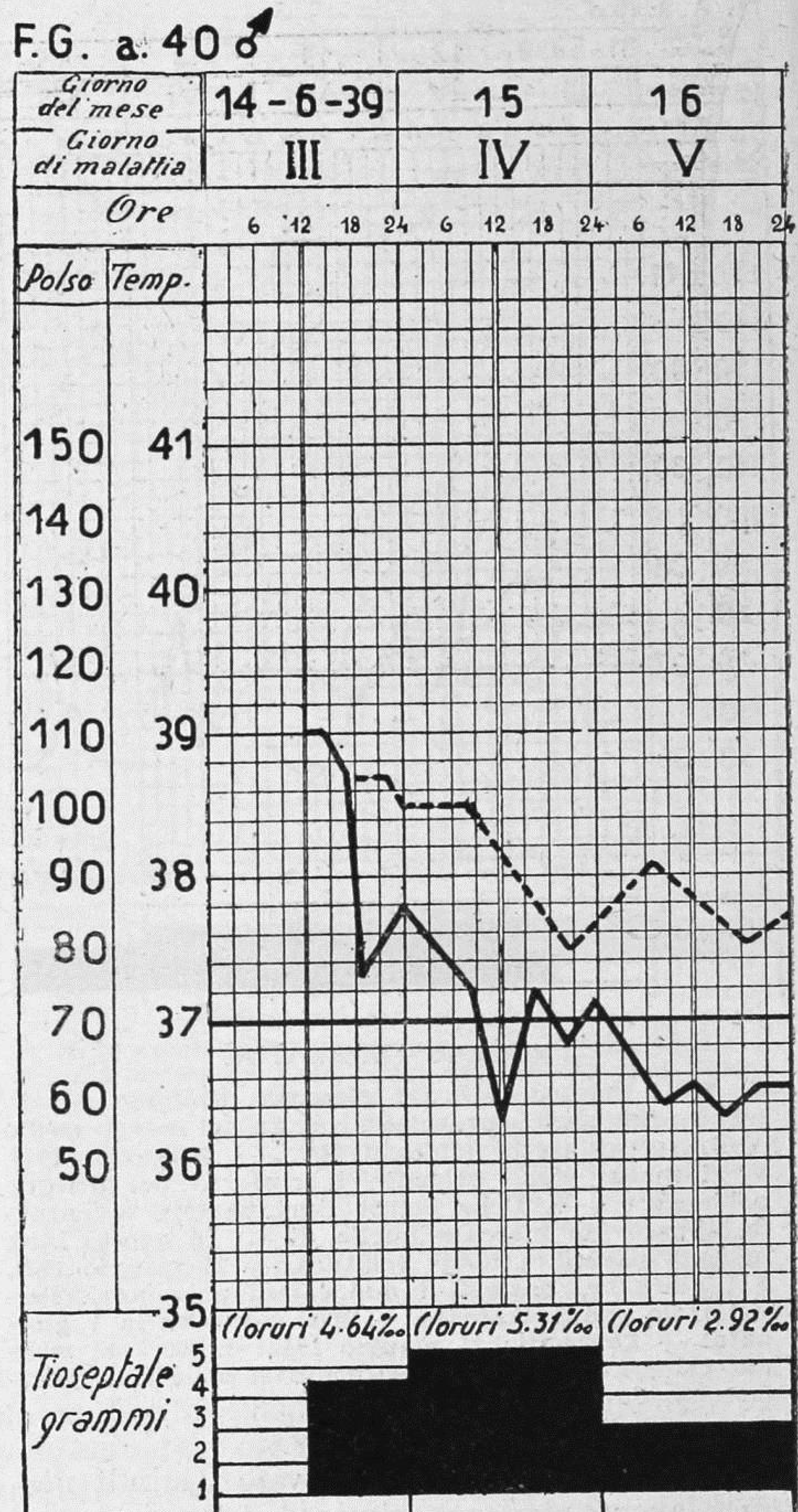
La conclusione di un'esperienza di terapia deve essere sempre prudente e la prudenza va spinta all'eccesso nel caso della polmonite. Per questo è giustificabile la diffidenza che accolse i primi lavori sulla terapia sulfapiridinica di questa malattia e sono accettabili le riserve che ancora si possono fare sull'argomento. L'esperienza appena di un anno, sia pure documentata in varie parti del mondo, è ancora probabilmente scarsa. Per questo è augurabile che in Cliniche e in Ospedali, anche da noi, continui il controllo di questa nuova terapia, che sembra veramente così promettente. I nostri risultati dimostrano in maniera indiscutibile l'efficacia dei derivati piridinici della sulfanilamide nelle polmoniti da noi studiate, sia nei riguardi della mortalità che del decorso. La netta influenza che il Tioseptale ha dimostrato su quest'ultimo ci dà veramente l'impressione di avere in mano un medicamento capace di troncare l'infezione. La crisi termica e l'immediato miglioramento delle condizioni generali sono risultati di tale entità da far sperare in una notevole riduzione della mortalità dovuta a quei fatti tossici e a quegli stati ipertermici cui soggiace una notevole percentuale di malati. Sarà difficile perdere un polmonitico in apiressia, specie se giovane e, se questo avverrà, non sarà certo per il processo infettivo. I risultati non potranno essere sempre così brillanti; specie quando si interverrà in casi avanzati di malattia, quando si saranno esaurite le capacità di difesa dell'organismo e lo stato tossico avrà preso il sopravvento, il medicamento potrà anche fallire e deludere ogni attesa. Così pure, se la gravità del caso dipenderà da tare organiche o da insufficienze funzionali (cuore, rene, fegato, ecc.), la terapia potrà naturalmente poco o nulla su queste. Ma in ogni caso, anche in queste evenienze, domando in poche ore lo stato tossico infettivo e riportando alla norma la temperatura, non potrà che giovare sia pure in via indiretta.

Se poi è vero, come vogliono alcuni ricercatori, che la sulfamidopiridina esplichi solo un'azione batteriostatica, facilitando alle difese naturali dell'organismo il compito di vincere l'infezione, è facile supporre che, quando dette difese siano scarse, la battaglia potrà non essere vinta. Si giustificherebbe così l'impiego di un'immunizzazione attiva mediante vaccini o meglio passiva mediante sieri in associazione alla terapia sulfamidica. In quanto poi alla quesione se la sola sieroterapia sia da preferirsi al trattamento con la sulfapiridina, non abbiamo elementi per pronunciarci. In America si sta svolgendo una battaglia per sostenere la sieroterapia, che, specie dopo l'introduzione del siero di coniglio, ha fornito una larga messe di successi, specie in alcuni tipi di polmonite. Non abbiamo nessuna esperienza in proposito. Ma, anche accettando senz'altro tali favorevoli risultati e ammettendo che il processo di guarigione attraverso una siero-



Caso n. 39 - D. P. A., a. 40.

R. X. 29 maggio 1939, II giornata. Opacità alla base D. con contorno superiore netto ed apice verso l'esterno che lascia libera la metà esterna dell'emidiaframma e il seno costo-diaframmatico. — 30 maggio 1939, III giornata. Invariata l'opacità descritta. — 31 maggio 1939, IV giornata. L'opacità alla base D. è diminuita di intensità. — 2 giugno 1399, VI giornata. L'opacità su descritta è sostituita da una lieve velatura con accentuazione del disegno polmonare. — **Leucociti**: 30 maggio 1939: 8.600 - 1 giugno 1939: 5.600. — **Crisi clorurica** in VII giornata.



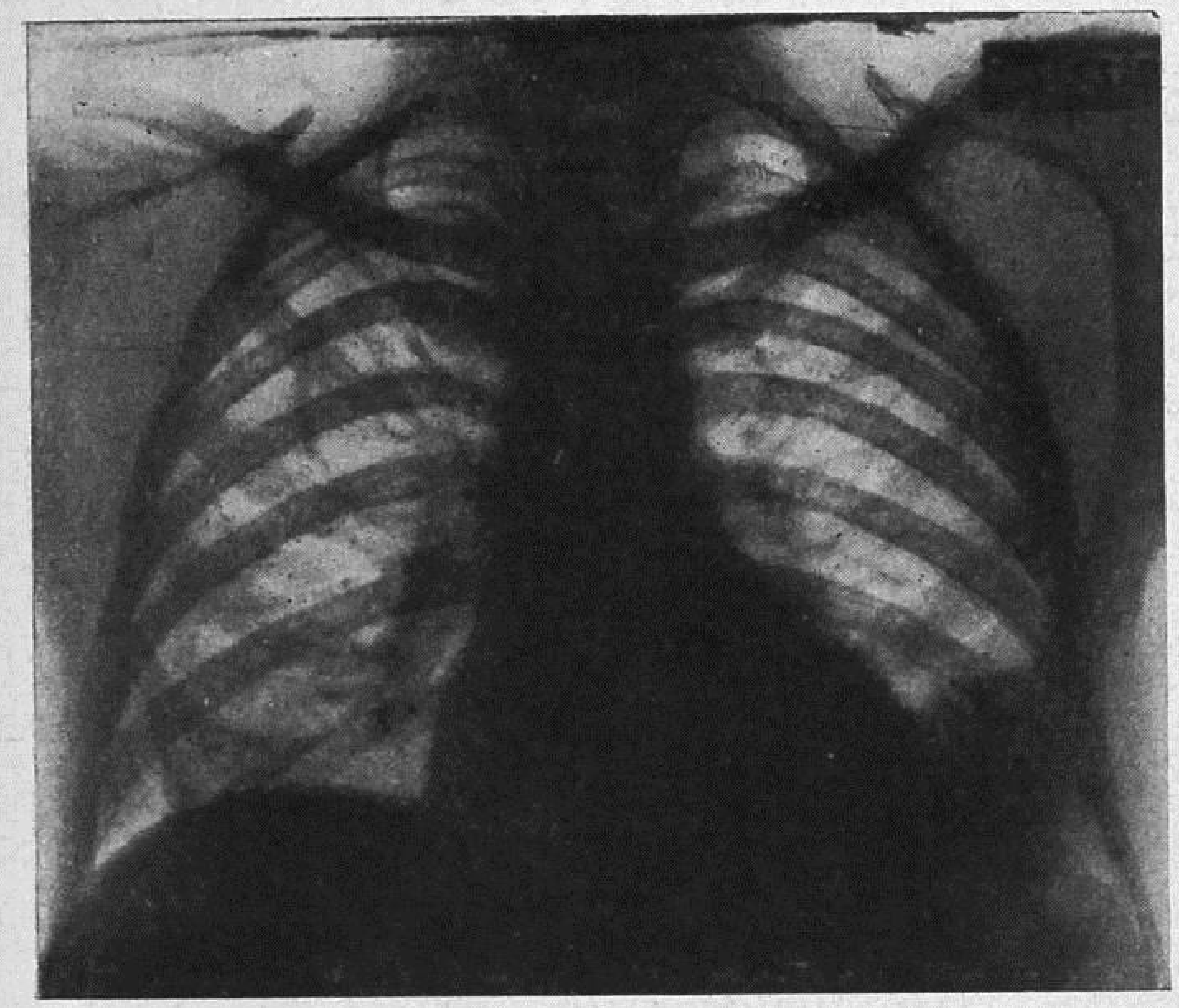
Caso n. 41 - F. G., a. 40.

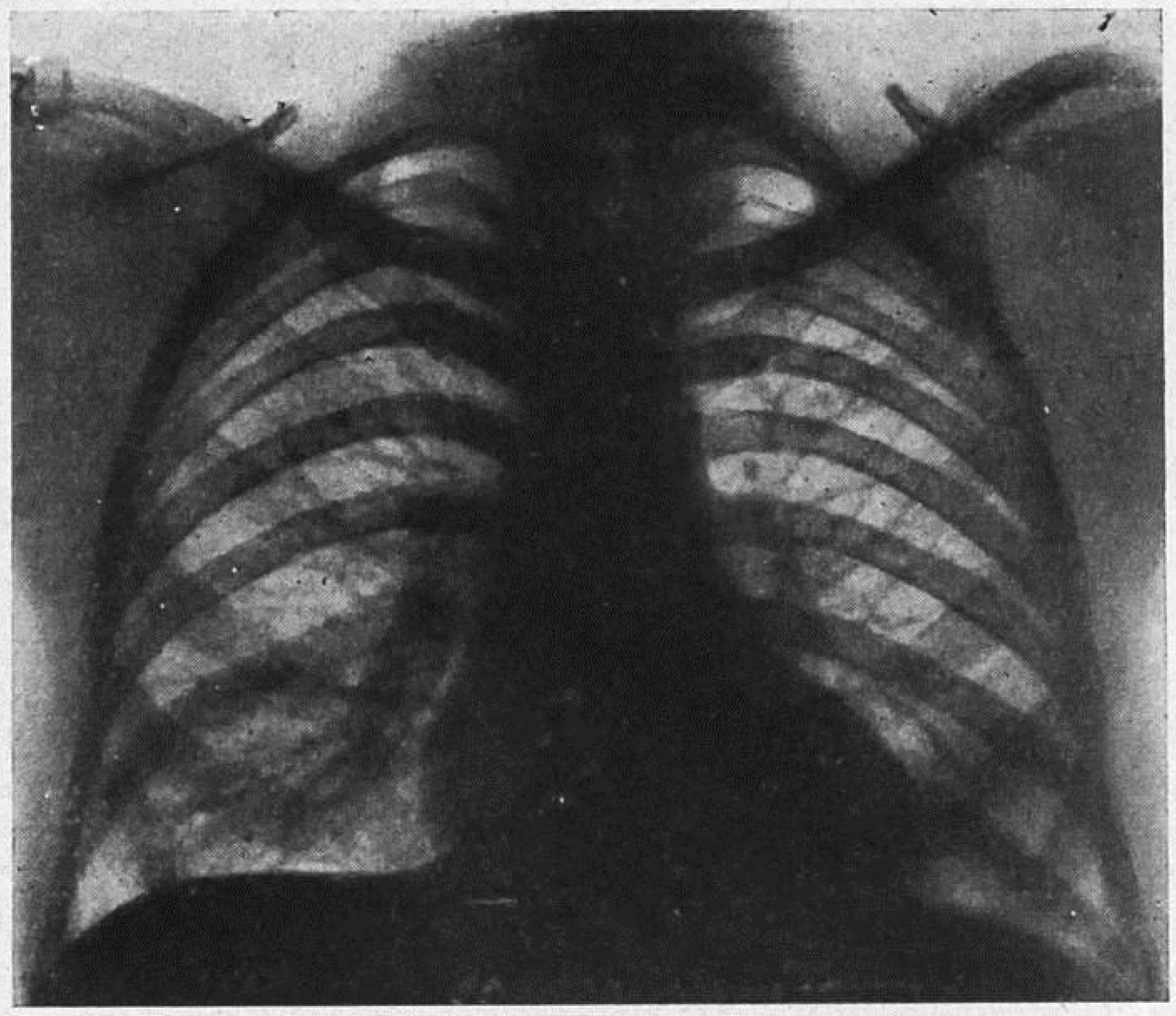
R. X. (vedi riproduzioni). Nell'espettorato si isola uno pneumococco di **tipo XXI. Emocultura positiva** per il pneumococco. **Manifestazioni tossiche**: lieve cianosi.

terapia sia in un certo senso più fisiologico, ci sembra esistere un certo numero di argomenti in favore della chemioterapia sulfapiridinica. Innanzi tutto una sieroterapia specifica, attraverso una rapida identificazione del tipo di pneumococco, se è possibile in una organizzazione ospedaliera attrezzata, non è certo alla portata del medico pratico. E poi, come si è visto, non verso tutti i tipi di pneumococco, ma anzi verso uno scarso numero di essi, la sieroterapia si manifesta particolarmente efficace. In ultimo, fatto non trascurabile, il sensibile maggior costo dei sieri in confronto ai preparati sulfamidici, potrebbe limitarne l'impiego.

Se quindi la terapia sulfapiridinica risponderà per il futuro come a noi è sembrato, il suo uso in sostituzione dei sieri, tornerà anche a vantaggio dell'economia nazionale e individuale.

Compito di queste nostre osservazioni è stato quello di attirare l'attenzione anche in Italia su questa nuova terapia della polmonite, affinchè se ne controllino i risultati nelle condizioni più varie di genio epidemico, se ne diffondano i vantaggi e gli inconvenienti. Se, dall'insieme delle osservazioni, risulteranno dati simili a quelli che abbiamo riferito, potremo veramente rallegrarci per avere vinto un'altra battaglia contro un'infezione che mieteva un gran numero di esistenze in ogni periodo della vita.





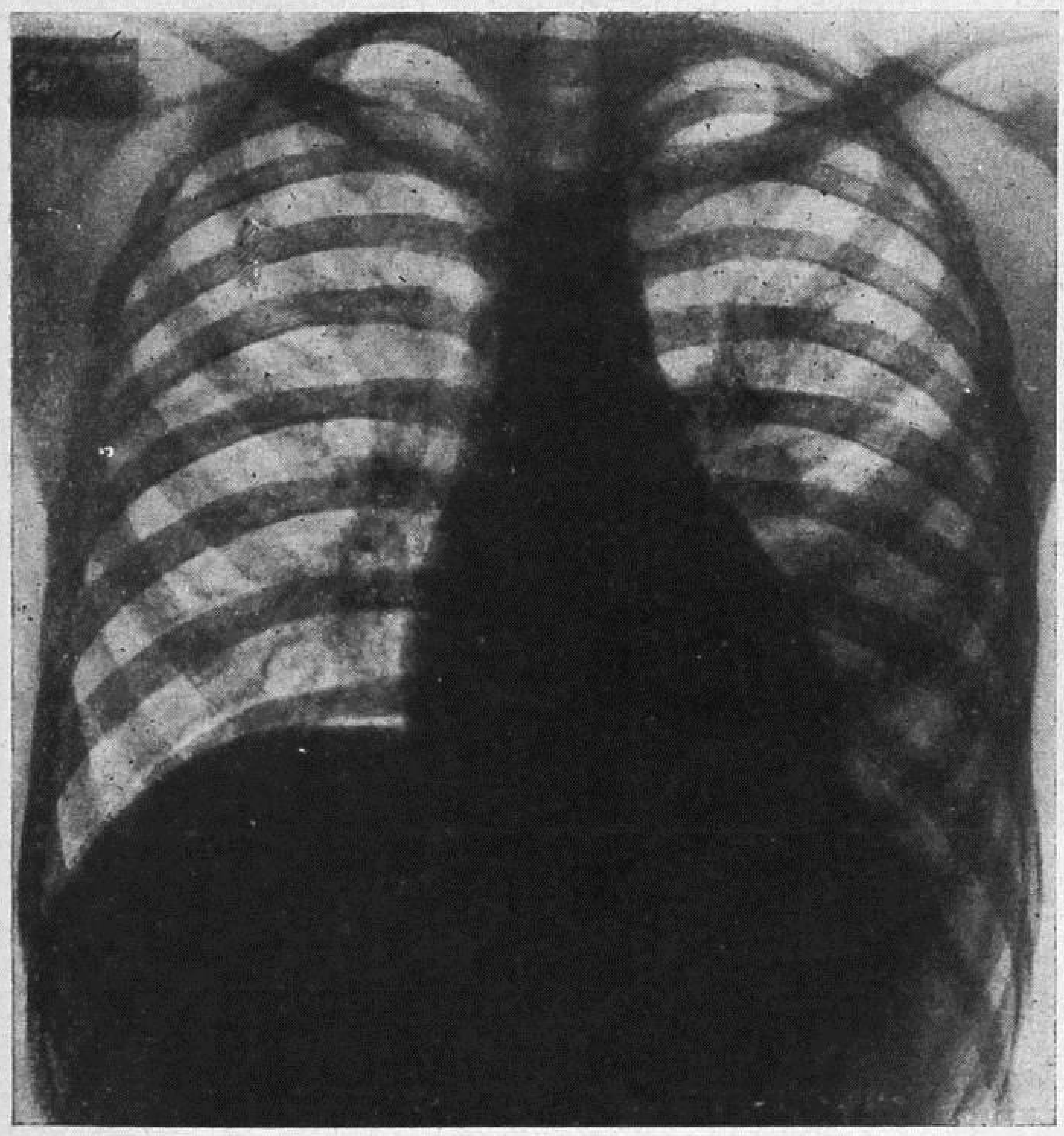
C. D. — Caso n. 15.

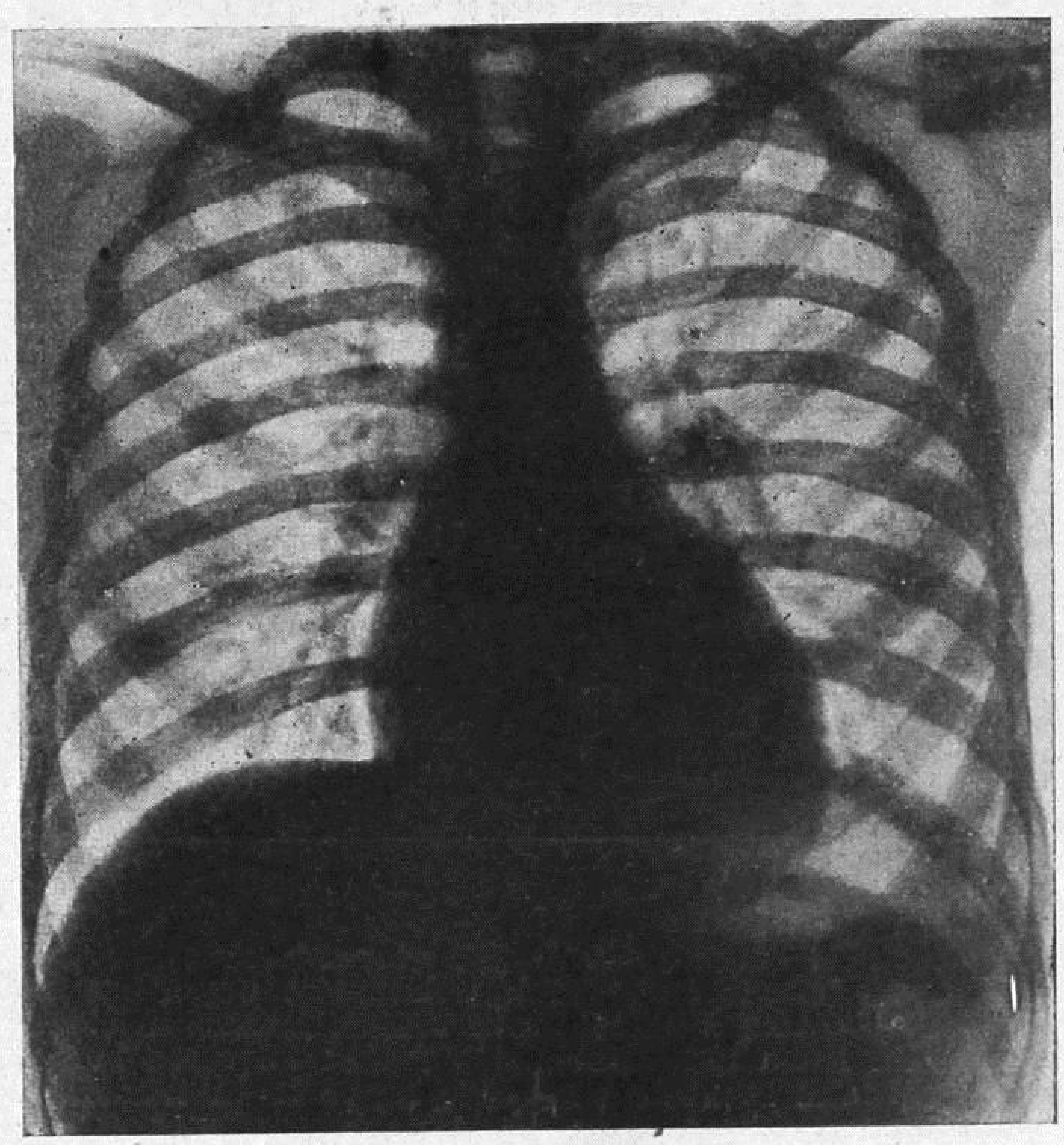
(20 aprile 1939 - III giornata)

Immagine rotondeggiante intensamente opaca della grandezza di un grosso mandarino alla base S., a contorni sfumati, di opacità uniforme che non fa apprezzare il disegno polmonare mentre permette di individuare la figura costale che l'attraversa. Il seno costo diaframmatico è libero. La cupola diaframmatica non è deformata. Nel rimanente campo polmonare S. il disegno si presenta normale. L'ilo S., un po' più ampio che di norma, è di densità regolare. Trasparenza, disegno e ilo di D. normali.

(22 aprile 1939 - V giornata)

L'opacità descritta in precedenza alla base S. è molto diminuita di densità e sopratutto ha perduto l'uniformità del suo aspetto: centralmente infatti comincia ad apparire meno compatta che verso l'alto e l'interno e lascia apprezzare un disegno molto più accentuato. L'ilo S. è pressochè normale. La regione media e il sott'apice di S. mostrano un evidente rinforzo del disegno vascolare in paragone delle regioni corrispondenti di D. Nessuna variazione in tutto il campo polmonare D.





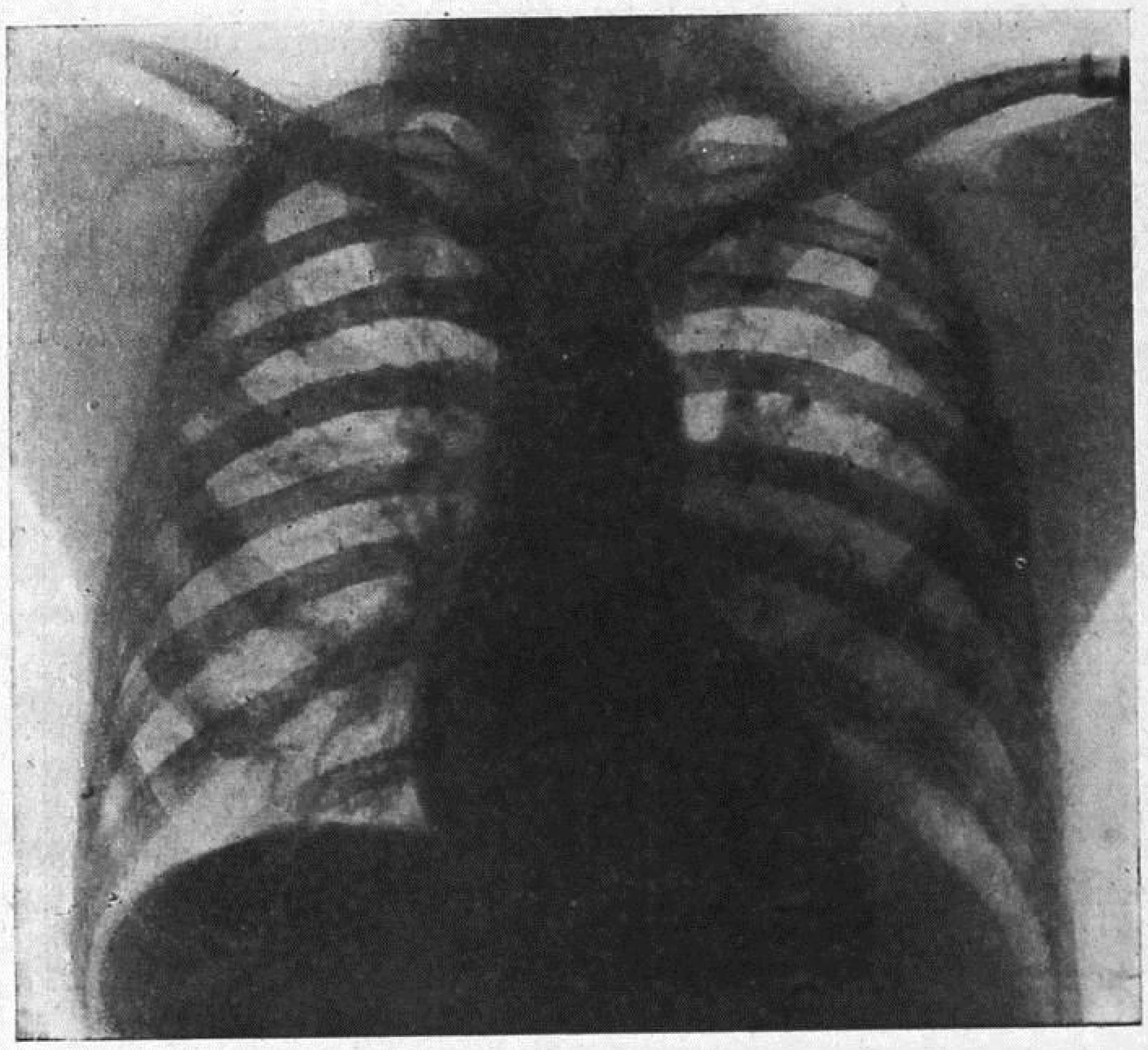
P. M. — Caso n. 17.

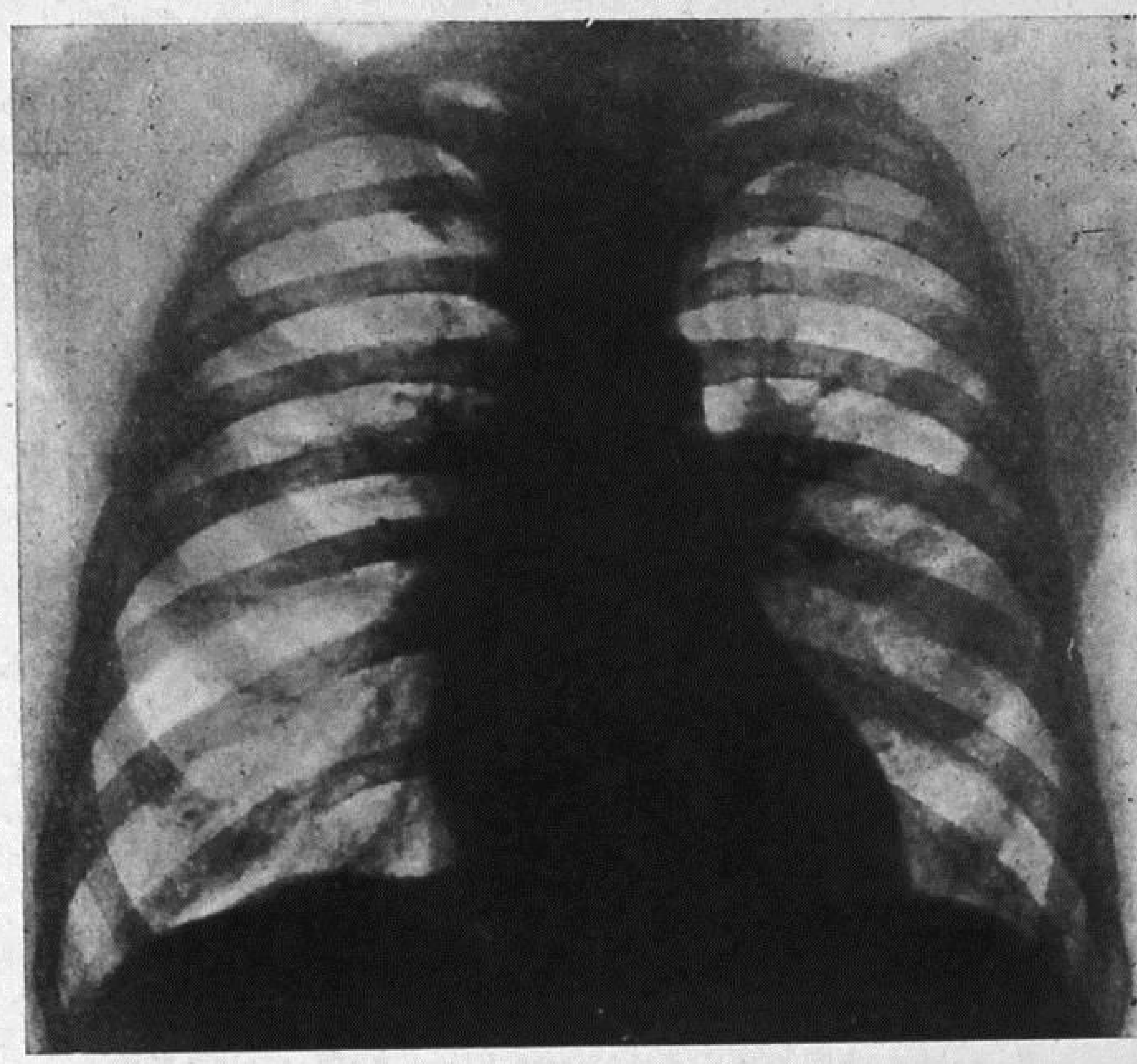
(22 aprile 1939 - IV giornata)

In corrispondenza della metà inferiore del campo polmonare S. si osserva un'area opaca, limitata in alto da una linea piuttosto sfumata, che decorre grossolanamente parallela al margine superiore della IV costa. L'opacità non è uniforme, perchè, sopratutto in vicinanza della cupola diaframmatica, presenta delle piccole immagini più trasparenti sempre a contorni molto sfumati. L'immagine ilare relativa è ampia, molto densa. Nella porzione mediale della regione corrispondente al primo e secondo spazio intercostale il disegno appare molto accentuato. A D. trasparenza, disegno e ilo sono normali.

(24 aprile 1939 - VI giornata)

L'immagine opaca precedentemente descritta alla metà inferiore del campo polmonare S. ha dato luogo ad una tenue velatura ristretta ad una regione grossolanamente triangolare delimitata in alto dal margine inferiore della IV costa anteriore, in basso dal margine superiore della IX costa posteriore. La porzione della base che si trova inferiormente a questa linea ha una trasparenza perfettamente normale. Poco evidente è il rinforzo del disegno polmonare in tutto il campo polmonare S. Anche l'ilo di questo lato si presenta molto ridotto specie di densità. Nessuna variazione a carico dell'emitorace D.

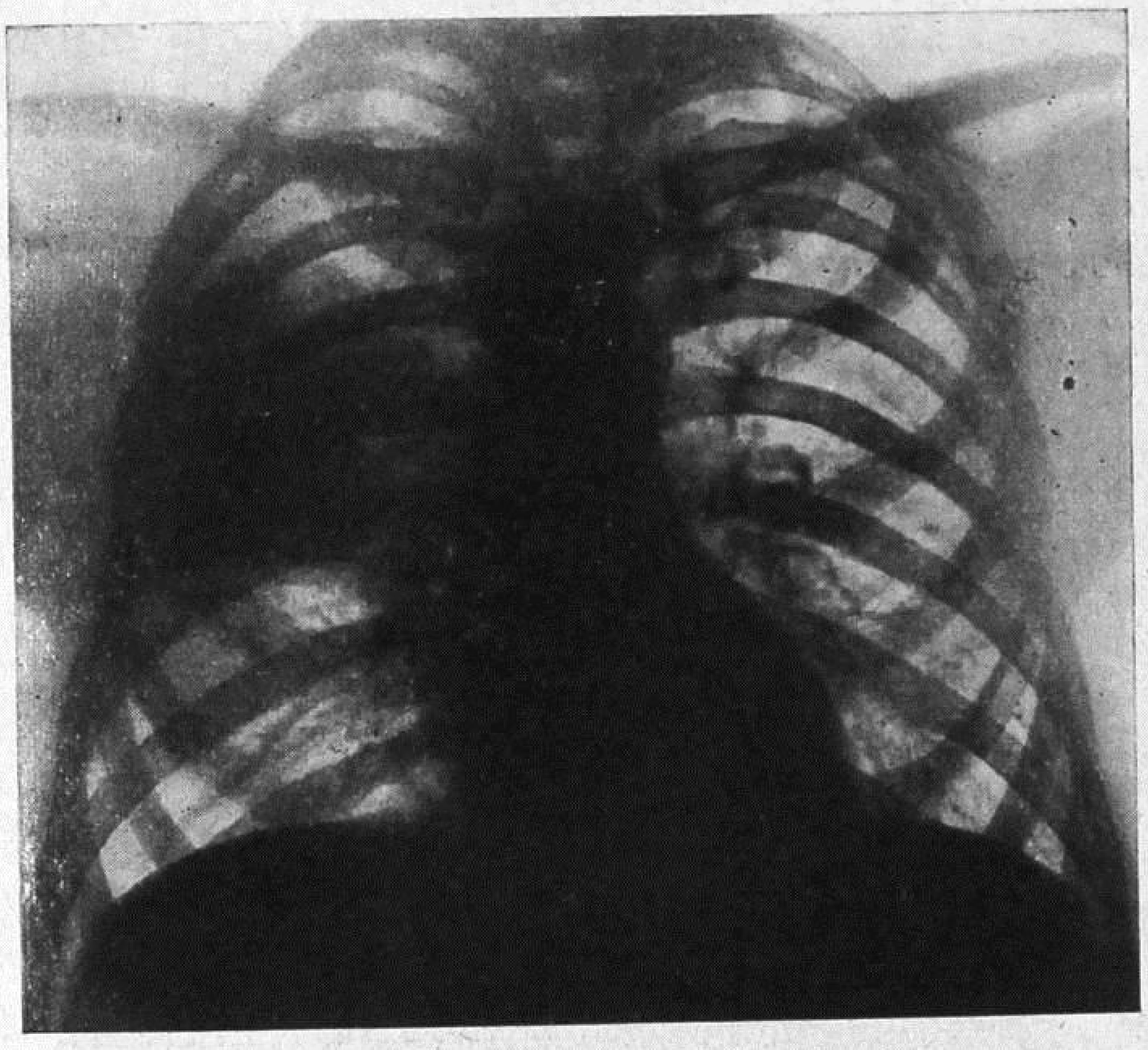


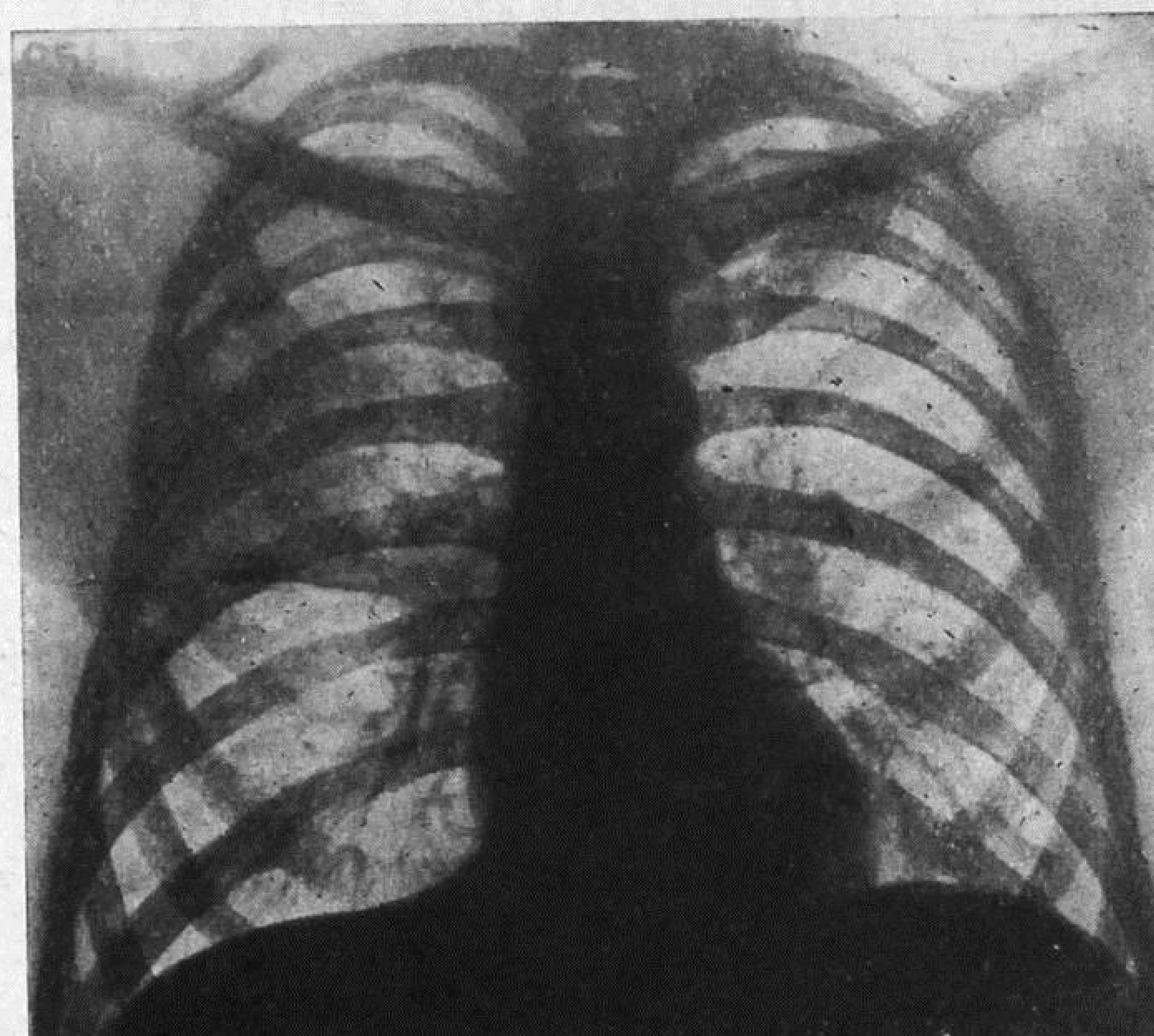


S. G. — Caso n. 38.

(22 maggio 1939 - II giornata).
In campo polmonare S. si osserva un'area di velatura non uniforme, che abbraccia la regione media e in parte anche la base, dalla III alla VI costa. Nel suo interno si osserva un disegno molto accentuato. L'ilo, che si riesce a distinguere per aumentata densità, è molto più ampio del normale. La cupola diaframmatica S. è regolare di forma. Nulla si nota in campo polmonare D.

(25 maggio 1939 - V giornata).
La velatura sopradescritta è quasi totalmente scomparsa: ne residua un'accentuazione evidente del disegno polmonare. L'ilo S. è tuttora ampio e molto più denso che di norma.





F. G. — Caso n. 41.

(14 giugno 1939 - III giornata).
I due terzi inferiori del lobo polmonare superiore D. sono sede di una opacità massiva, limitata inferiormente dalla linea dell'interlobo, che sfuma verso l'alto, dove raggiunge la metà circa del I spazio intercostale, e mediamente. L'immagine ilare corrispondente è addensata e uniforme. Nulla si osserva alla base D. Normali trasparenza, disegno ed ilo a S.

(16 giugno 1939 - V giornata).
L'opacità massiva descritta si è molto attenuata di densità: vi si osserva un'accentuazione del disegno con tendenza ad aspetto areolare. Molto evidente invece la stria grossolana dell'interlobo. L'immagine ilare di D. è ritornata pressochè normale. Nessuna variazione in campo polmonare S.

RIASSUNTO.

L'A. dopo aver riassunto la principale letteratura sperimentale sull'azione dei sulfamidici in genere e dei derivati piridinici in specie verso lo pneumococco e quella sull'impiego di detta chemioterapia nella polmonite lobare dell'uomo, riporta una casistica di 41 polmonitici trattati con una p- aminobenzolsulfamidopiridina (Tioseptale) passati tutti in guarigione con decorsi sensibilmente più brevi dell'usuale. Il trattamento sembra quindi influire decisamente sia sul decorso, provocando crisi termiche a breve distanza dal suo inizio, sia sulla mortalità. In questa casistica qualche complicazione per empiema e pleurite

sierofibrosa di una certa entità. L'A. riferisce sulla scarsa tossicità del composto che, se si eccettua qualche azione irritante sull'apparato digerente, si è dimostrato privo di effetti tossici rimarchevoli.

BIBLIOGRAFIA.

AGRANAT, DREOSTI e ORDMAN. Lancet, 1, 309, 1939.
ALSTED. Lancet, 1, 869, 1939.
ANDERSON e DOWDESWELL. Lancet, 1, 252, 1939.
ANTOPOL e ROBINSON. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 40, 428, 1939.
BARBIER, ROUGIER, LEGER e JACQUIS. La Presse Méd., 1, 754, 1939.
BARNETT, HARTMANN, PERLEY e RUHOFF. J. A. M. A., 112, 518, 1939.
BENARD, MERKLEN et PEQUIGNOT. La Presse Méd., 1, 329, 1939.
BENDA. Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 54, 1473, 1938.
BESNOIT e GRUPPER. La Presse Méd., 1, 329, 1939.
BRITTON. Brit. Journ. Exper. Path., 19, 140, 1938.
BROWN. Lancet, 2, 164, 1938.
BROWN. Brit. M. J., 2, 150, 1938.
BROWN e FINLAND. Am. J. of Méd. Sc., 197, 369, 1939.
BUTTLE. Proc. R. Soc. Med., 31, 154, 1937.
BUTTLE, GRAY e STEPHENSON. Lancet, 1, 1286, 1936.
BUTTLE, PARISH, MCLEOD e STEPHENSON. Lancet, 1, 681, 1937.
CAIN, CATTAN e SIKORAV. La Presse Méd., 2, 1714, 1938.
CAIN, CATTAN e SIKORAV. Bull. et mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 54, 618, 1938.
COKKINIS e MCELLIGOTT. Lancet, 2, 355, 1938.
COLLIER. Cit. da LEVADITI, VAISMANN e KRASSNOFF.
COOPER e GROSS. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 36, 774, 1937.
ID. ID. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 36, 678, 1937.
COOPER, GROSS e LEWIS. Am. J. Med. Sc., 196, 343, 1938.
COOPER, GROSS e MELLON. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 36, 148, 1937.
COUNCIL ON PHARMACY and CHEMISTRY. J. A. M. A., 112, 1831, 1939.
COXON e FORBES. Lancet, 2, 1412, 1938.
DADDI. Comunicazione alla R. Accad. Med. di Roma, sed. del 24 giugno 1939.
DAVIS. Lancet, 1, 1042, 1939.
DE e BASU. Brit. Med. J., 2, 564, 1939.
DECOUX e PATURIUAX. Bruxelles Méd., 19, 1022, 1939.
DELORE e DEVANT. La Presse Méd., 1, 754, 1939.
DOMAGK. Dtsch. med. Wsch., 61, 829, 1935.
ID. Dtsch. med. Wsch., 61, 250, 1935.
ID. Klin. Wsch., 15, 1585, 1936.
DUREL, HALPERN, DUBOST e ALLINE. La Presse Méd., 1, 920, 1939.
DYKE e REID. Lancet, 2, 1157, 1938.
EVANS e GAISFORD. Lancet, 2, 14, 1938.
FELDT. Lancet, 2, 74, 1938.
FINLAND e BROWN. Am. J. of Med. Sc., 197, 381, 1939.
FLEMING. Lancet, 2, 564, 1938.
ID. Lancet, 2, 74, 1938.
FLIPPIN, LOCKWOOD, PEPPER e SCHWARTZ. J.A.M.A., 112, 529, 1939.
FLIPPIN e PEPPER. Am. J. of Med. Sc., 196, 509, 1938
FOURNEAU, TREFOUEL, NITTI e BOVET. La Presse Méd., 2, 1424, 1939.
GIRARD, REY e RICHARD. Nature, 140, 283, 1937.
GROSS e COOPER. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 36, 225, 1937.
ID. ID. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 36, 535, 1937.
GROSS, COOPER e LEWIS. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 40, 448, 1939.
HAGEMANN. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 37, 119, 1937.
HANSSEN. Lancet, 1, 61, 1939.
HEINTZELMAN, HADLEY e MELLON. Am. J. of Med. Sc., 193, 759, 1937.
JOHNSTON. Lancet, 2, 1200, 1938.
KREIDLER. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 37, 146, 1937.
LEVADITI, VAISMAN e KRASSNOFF. La Presse Méd., 1, 82, 1938.
ID. ID. ID. Ann. de l'Inst. Pasteur, 62, 36, 1939.
LLOYD, ERSKINE e JOHNSON. Lancet, 2, 1160, 1938.
LOEWENTHAL. Lancet, 1, 197, 1939.
LOHMAN e BOGUE. The Brooklyn Hosp. J., 1, 122, 1939.
LONG. J. A. M. A., 112, 538, 1939.
ID. Lancet, 1, 60, 1939.
LONG, BLISS e FEINSTONE. J. A. M. A., 112, 115, 1939.
LONG e FEINSTONE. Proc. Exper. Biol. and Med., 39, 486, 1938.
LOUIS. Illinois Med. J., 73, 422, 1938.
MACINTOSH e WHITBY. Lancet, 1, 431, 1939.
MACLEAN, ROGERS e FLEMING. Lancet, 1, 562, 1939.
MARSHALL. Proc. Soc. Exper. Biol. and Med., 36, 422, 1937.
ID. J. Biol. Chem., 122, 263, 1937.
MARSHALL, BRATTON e LITCHFIELD. Science, 88, 597, 1938.
MARSHALL e LONG. J. A. M. A., 112, 1671, 1939.
MARSHALL e LITCHFIELD. Science, 88, 83, 1938.
MEERSSEMAN, DUVAL, GREGOIRE e COLLOMBEL. La Presse Méd., 1, 713, 1939.
MELTON e BECK. Lancet, 1, 867, 1939.
MILLET. N. Y. St. J. Med., 37, 1743, 1937.
NITTI, BOVET e DEPIERRE. C. R. Soc. Biol., Paris, 124, 16, 1937.
OSGOOD. Arch. Int. Med., 62, 181, 1938.
PRICE e MYERS. J.A.M.A., 112, 1021, 1939.
RAVAULT, GIRARD, MULLER e GRUMBACH. La Presse Méd., 1, 713, 1939.
REDDICK. New Intern. Clin., 3, 200, 1938.
RIMINGTON e HEMMINGS. Lancet, 1, 770, 1938.
ROSENTHAL. U. S. Pub. Health Rep., 52, 48, 1937.
ROSS. Lancet, 1, 1207, 1939.
SADUSK. New Engl. J. of Med., 219, 787, 1938.
SCHMIDT. Proc. Soc. Exp. Biol. and Med., 37, 205, 1937.
SOUTHWORTH e COOKE. J. A. M. A., 112, 1820, 1939.
SPOLVERINI. Comunicazione alla R. Accad. Med. di Roma. Sed. del 24 giugno 1939.
STOKINGER. Cit. da FLIPPIN, LOCKWOOD, PEPPER e SCHWARTZ.
SUTHERLAND. Lancet, 1, 1208, 1939.
TELLING e OLIVER. Lancet, 1, 1391, 1938.
TZANCH, ARNOUS e PAILLAS. Bull. et mém. Soc. Med. des Hôp. de Paris, 55, 576, 1939.
WHITBY. Lancet, 2, 1095, 1938.
ID. id., 1, 1210, 1938.
ID. id., 1, 1517, 1937.
WIEN. Quart. J. Pharm. and Pharmacol., 11, 217, 1938.
WILSON, SPREEN, COOPER, STEVENSON, CULLEN e MITCHELL. J. A. M. A., 112, 1435, 1939.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI S. GIOVANNI IN PERSICETO
SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal dott. PIETRO FRASSINETI

Fibroma della lingua.

Dott. GIANGIUSEPPE GHERARDI, assistente

Se il reperto di un tumore maligno della lingua è abbastanza frequente, è evenienza piuttosto rara il trovarsi di fronte ad un tumore benigno di questo organo ed in special modo ad un fibroma.

Questa ragione mi spinge ad esporre brevemente il seguente caso.

B. Rosa, a. 66, S. Giovanni Persiceto.

Anamnesi famigliare e personale remota assolutamente muta.

Da circa 18 mesi la p. ha notato una piccola tumefazione al dorso della lingua a circa 2 cm. dalla punta immediatamente a destra del rafe mediano. Detta tumefazione pressochè sferica per nulla dolente ed inizialmente della dimensione di un chicco di riso andò lentamente aumentando senza però provocare alcun dolore nè disturbo alla fonazione od alla deglutizione.

La p. non sa precisare se questo accrescimento sia avvenuto con progressiva regolarità o se abbia presentato soste od aumenti passeggeri.

Da un mese, da quando cioè il tumore ha raggiunto il volume di una piccola nocciola la p. accusa senso di fastidio ed inceppo alla fonazione.

E. O. — Soggetto a costituzione scheletrica regolare, masse muscolari toniche e trofiche, stato di nutrizione ottimo, cute e mucose visibili rosee. Nulla di notevole a carico dei diversi organi ed apparati.

All'esame della lingua si nota nella sua porzione orale sul dorso a circa 2 cm. dalla punta ed immediatamente a destra del solco mediano una tumefazione della forma e dimensione di una piccola nocciola ricoperta di mucosa integra e macroscopicamente normale.

Un solco, pressochè circolare e di poco inferiore all'equatore della piccola sfera, la divide dalla superfice della lingua.

Alla palpazione la massa si dimostra scarsamente mobile sui piani profondi pressochè fissa alla mucosa e di consistenza un pò superiore a quella della lingua. Non è riducibile, non fluttuante ed è assolutamente indolente.

Un accurato esame esclude alcun segno di lesione a carico delle altre regioni della lingua, del pavimento della bocca, del palato e della restante mucosa che riveste la cavità orale.

La palpazione non mette in evidenza alcuna formazione che possa far pensare a tumefazioni ghiandolari della faccia o del collo.

L'esame chimico e microscopico delle urine è completamente negativo; la R. W. pure negativa.

Se il lungo decorso, la non diffusione alla mucosa del processo, l'assenza del dolore e di compartecipazione ghiandolare, la relativa spostabilità della massa sui piani profondi ci debbono far scartare l'ipotesi di tumore maligno della lingua, la consistenza della massa, l'assenza del fenomeno di fluttuazione e l'età della paziente ci fanno escludere la cisti.

L'assenza di adenopatie, la R. W. negativa, la integrità della mucosa ci fanno via via escludere il tubercoloma, la gomma e l'actinomicosi della lingua, l'irriducibilità e la consistenza della massa l'angioma e il lipoma.

Facciamo quindi diagnosi di fibroma della lingua e consigliamo l'intervento che la p. accetta di buon grado.

Intervento (dott. Frassineti).

A. l. — Incisione lineare sul maggior asse del tumore parallelamente al solco mediano della lingua.

Questa incisione interessa solo la mucosa che appare notevolmente assottigliata ed aderente, ma nettamente distinta dalla massa sottostante.

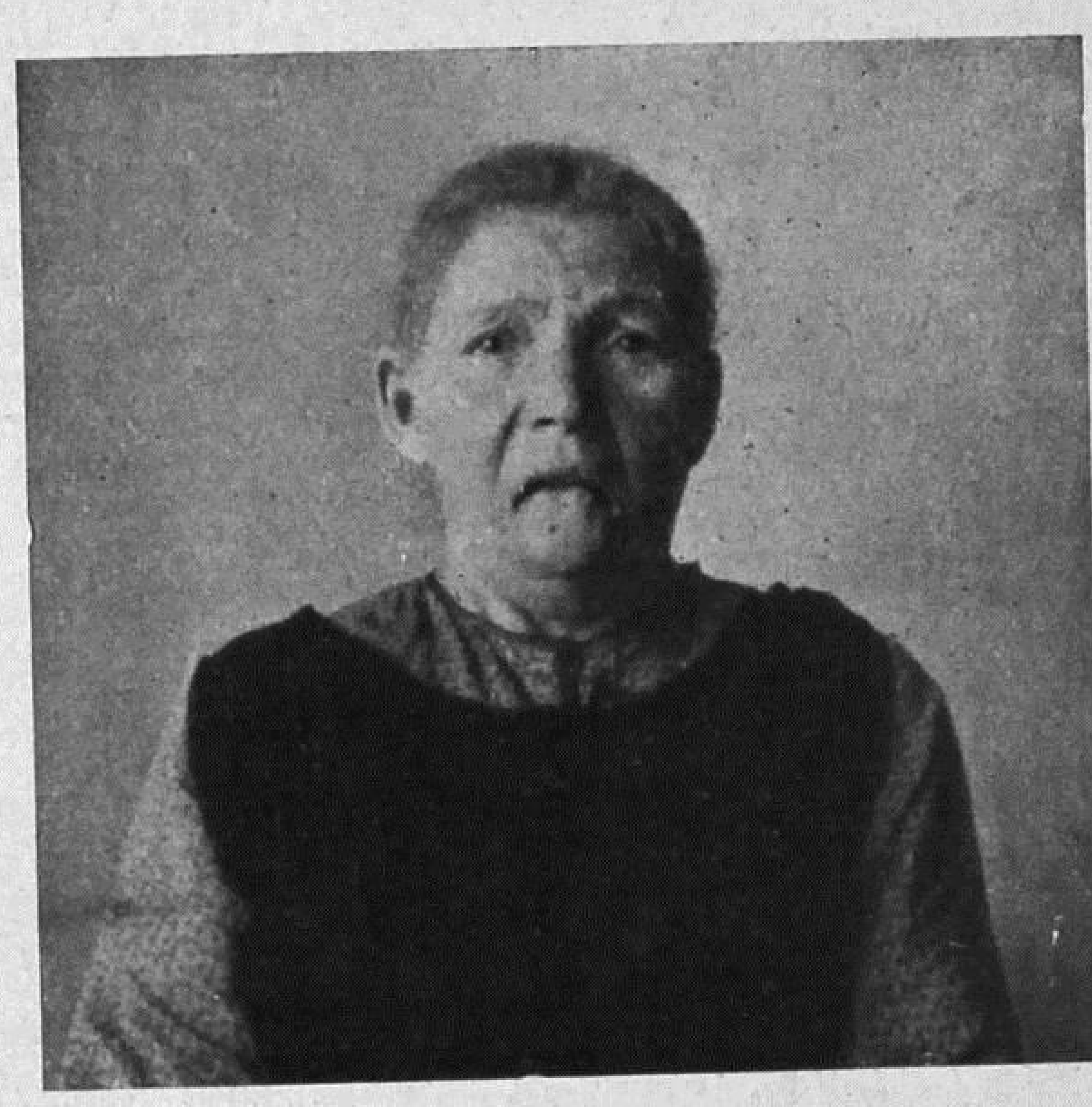


FIG. 1.

A punta di forbice si isola la massa dalla mucosa che la ricopre poi, seguendo il piano di clivaggio, la si enuclea dal muscolo sottostante.

I fasci muscolari si scorgono spostati lateralmente sì da lasciare libero un alveolo nel quale era incastonato il tumore.

Con punti profondi nel muscolo se ne avvicinano i fasci allontanati sì da non lasciare spazi morti. Si sutura la mucosa a punti staccati. La p. viene dimessa in giornata. Dopo 5 giorni si tolgono i punti.

La massa si presenta quasi sferica a superfice non perfettamente regolare e di consistenza dura-elastica. Al taglio si mostra ricoperta da una tenue membrana in alcuni punti ispessita; il tumore è formato di un tessuto compatto senza alcuna cavità, di colore grigio-rosso.

Esame istologico.

All'esame istologico il tumore risulta costituito da un ammasso di fasci di connettivo collageno che si intrecciano in modo vario. Non si riscontrano elementi a carattere embrionario. La parete dei vasi che attraversano la massa tumorale è formata, quasi esclusivamente, dall'endotelio.

La distinzione fra gli elementi del tumore ed i fasci muscolari della lingua è netta.

Il problema dell'eziologia dei fibromi della lingua si confonde con quello dell'eziologia dei tumori in generale che credo oggidì ben lungi dall'essere chiarito. In questo caso non mi sembra si possa richiamare in causa un fattore irritativo nè traumi ripetuti che potrebbero, secondo la teoria del Wircow, provocare l'insorgenza del tumore, essendo la regione in questione soggetta agli stessi traumi ed agli stessi stimoli fisici o chimici delle altre regioni del dorso della lingua.



FIG. 2. — Obb. 3; Oc. 3; Koristka.

Questa teoria si adatterebbe piuttosto ai tumori impiantati sulla punta o sui margini di questo organo. Meglio credo possano adattarsi al caso in oggetto le teorie di Cohnheim e Durante e la teoria del Ribbert; quest'ultima in ispecie.

Secondo questa teoria i tumori possono prendere origine anche da cellule o gruppi di cellule rimasti isolati dal complesso dell'organismo durante la vita extra-uterina oltrecchè durante la vita embrionale. La dislocazione di questi elementi cellulari sarebbe il principio fondamentale più importante per la genesi dei tumori; le cellule dei tumori non sono biologicamente diverse dalle cellule normali; la differenza starebbe in ciò che nei tessuti normali la tendenza alla moltiplicazione insita nelle cellule è tenuta a freno da forze inibitrici, cui si sottraggono invece le cellule dei tumori che per conseguenza possono crescere e moltiplicarsi indefinitamente (Lustig e Galeotti).

Riguardo alla diagnosi ripeto:

sviluppo lento ed alle volte irregolare;
assenza di dolore;
mancata partecipazione ghiandolare;
integrità ed aspetto normale della mucosa sovrastante;
consistenza caratteristica;
irriducibilità della massa;



FIG. 3. — Obb. 5; Oc. 3; Koristka.

assenza di fluttuazione;
R. W. negativa;

questi sono i caratteri essenziali sui quali si può poggiare la diagnosi di fibroma della lingua.

Se però, come può facilmente accadere, persistesse il dubbio trattarsi di una cisti, la puntura esplorativa fornirebbe un dato preziosissimo.

Il decorso è lento, con aumento progressivo senza dolore e, fino a che il tumore non ha raggiunto un certo volume, senza eccessivo disturbo.

La prognosi è fausta.

Uniche complicazioni, se si esclude la degenerazione maligna, sono la glossite acuta o cronica e l'emorragia, sempre consecutive ad ulcerazioni della mucosa.

La terapia è esclusivamente chirurgica.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce su di un caso di fibroma della lingua descrivendone le caratteristiche cliniche ed anatomopatologiche.

BIBLIOGRAFIA.

DU FAYET DE LA TOUR. *Fibromes de la langue.* Thèse de Paris, 1891.

PARLAVECCHIO G. *I tumori della lingua e la loro cura.* Roma, Tip. Artero, 1899.

PETGES. *Fibromes de la langue.* Journ. de Méd. de Bordeaux, 1910, XL, pag. 582, I pl.

FERRERO G. *Diagnosi e cura dei neoplasmi della lingua.* R. Simboli, Recanati, 1912, pag. 304.

MAUSSIN. *Fibrome de la langue.* Soc. Anat., 31 gennaio 1913.

NOVARO N. *I tumori della lingua e la loro cura chirurgica.* Tip. Cooperativa-Siena 1923.

ZUCHERMANN M. *Ein Fall von Osteom der Zunge* Zeits. Hals-Nasen - und Ohren heitkunde, pag. 118, Bd. 25, 1929.

G. MARTUSCELLI e M. LUONGO. *Fibroma della lingua concomitante con fibroma laringeo.* Archivio Ital. di Otologia, pag. 259, fasc. 4, 1929.

FRASSINETI P. *Su di un caso di lipoma molle della lingua.* Bullettino delle scienze mediche, fasc. 6, 1930.

BIANCHERI T. *Tumori papillari benigni della lingua.* Arch. Ital. Chirurgia, vol. XXVI, fasc. 4, 1930.

LAZZARO. *Emangioma primitivo della lingua.* Annali Clinica Odontoiatrica, pag. 1205, 1931.

F. LAZZARO. *Emangioma primitivo della lingua.* Annali di Clinica Odontoiatrica, pag. 1200, dicembre 1931.

CORSO CICERI. *Tumori vascolari della lingua ed alterazioni leucoplasiche e papillomatose della mucosa linguale.* Rinnovamento medico. Gazz. Int. Medicina e Chirurgia, pag. 284, n. 9, 1931.

A. COLOMBO. *Lipoma della lingua* Tumori, pag. 233, fasc. 3, 1932.

H. TERWELP. *Fibrome der Mundhöhle.* Arch. f. Dermat. u. syph. 167, 1, 14, 1932.

PETTARIN P. *Fibroma della lingua.* Tumori, fasc. VI, pag. 487, 1933.

GRECO A. *Tubercoloma della lingua a rapido sviluppo.* Archivum Chirurgiae oris, vol. III, fasc. IV, pag. 418, 1935.

BOZZI E. *Commento ai reperti istologici di tumori benigni della lingua.* Arch. Ist. Otolog. Roma, fasc. XI, pag. 531, 1937.

NOTE E CONTRIBUTI

R. ARCISPEDALE DI S. M. N. IN FIRENZE.

La riabilitazione di un medicamento obliato: il ferro per via orale nella terapia delle anemie ipocromiche.

Dott. ALBERTO TERZANI, primario e docente.

Per quanto siano anni che si va da più parti dicendo come la terapia delle anemie ipocromiche, qualunque sia la loro determinante causale, debba essere fatta con ferro ad alte dosi per via orale troppo spesso ci troviamo a vedere casi del genere male trattati con ferro per via ipodermica, a dosi quindi insufficienti, o, se per via orale, generalmente in forma non idonea a un largo dosaggio: questo, o perchè si usa un preparato di ferro disadatto, o perchè esso è unito ad altro elemento — generalmente l'arsenico — che non permette senza danno un forte disaggio.

Prescrivendo — come noi insistiamo — il ferro ad alte dosi per via orale non facciamo che riprendere una vecchia terapia un tempo tenuta in grande onore e poi retrocessa dall'avvento della via ipodermica con la quale si inaugurarono le piccole dosi di composti ferrici inadeguati al compito loro.

La terapia ferrica ha la sua storia: il ferro fu adoperato vari secoli prima che della sua azione fosse data una spiegazione razionale: si attribuisce a *Sydenham* (1624-1689) di avere introdotto il ferro nella cura dell'anemia, per quanto egli si tenesse nel prescriverlo ad un vecchio concetto che faceva della clorosi una sottospecie dell'isteria e ivi il ferro avrebbe agito restaurando il sangue dall'A. considerato come *fount and source of the spirits.* Troviamo già in questo autore il concetto di anemia carenziale quando egli parla di risultati da attendersi in una *iron deficiency anemia.*

Egli prescrisse, come sua ultima scelta, la limatura di ferro in una infusione di vino del Reno freddo. Prescrizioni da lui lasciateci contenevano da gr. 0,50 a 1 di limatura di ferro (che nella memoria dell'A. è spesso sostituito dalla parola « acciaio » (*steel*): dobbiamo perciò riconoscere a questo A. il merito di avere indicato la terapia ferrica della clorosi per quanto possa dissentirsi dall'A. per l'insieme del trattamento di questa malattia nella quale egli consigliava prima un salasso, poi dei purganti e, quindi, il ferro.

In verità il ferro era stato già usato in medicina fino dai tempi di Ippocrate ma per al-

tri scopi: le prime indicazioni, anzi, furono del tutto ideologiche partendo dal concetto che il ferro indicava la potenza e che doveva essere impregnato di una particolare forza da Marte, il Dio della guerra: (questo gli ha valso attribuzioni correnti anche oggi come « terapia marziale » e gli valse dagli alchimisti sempre la denominazione di Marte).

Fu logico quindi che una malattia che si accompagnava con sì spiccata debolezza come l'anemia fosse trattata con ferro generatore di potenza.

È solo dopo il 1700 che comincia l'êra fisiologica del ferro con la dimostrazione di ferro nelle ceneri del sangue data da Lemery e Geoffy (1713) e più tardi con la dichiarazione di Menghini di Bologna (1746) che il ferro del sangue poteva essere aumentato dall'uso di cibi contenenti ferro.

E già non molto dopo si consigliavano dosi perfino di gr. 2,5 nel trattamento della clorosi e anche della idropisia (da anemia?).

Una mirabile antiveggenza ebbe Pierre Blaud (1831) quando, indicando il ferro nel trattamento della clorosi, ritenne questa malattia come non isterica ma dovuta a difettosa formazione di sangue e a deficienza della sua sostanza colorante la cui riparazione appunto rappresentava la ragione dell'esito delle cure di ferro. Egli prescrisse una combinazione di solfato di ferro con carbonato di potassio (pillole del Blaud) consigliando dosi di gr. 1-4 di solfato di ferro.

Tali preparazioni hanno subìto modifiche e aggiunte e le stesse varie farmacopee ufficiali ci danno un esempio di tali varietà.

Niemeyer (che modificò la composizione aggiungendovi del tartaro di potassio e prescrisse le piccole dosi) confessa di dovere alle pillole del Blaud di essere considerato dai contemporanei come il possessore di un rimedio sovrano contro la clorosi.

Con varie modifiche adunque e con varie indicazioni la terapia ferrica prese domicilio in medicina interna e sembra con onore: sostennero sempre i più che le dosi del medicamento erano più importanti della qualità del medesimo.

Purtroppo alla fine dello scorso secolo affiorarono nuovi concetti nella terapia ferrica e, mentre da un lato si proposero preparazioni organiche di ferro, seguendo il concetto di Bunge che il ferro inorganico introdotto venisse trasformato in solfuro di ferro e non assorbito perciò dall'intestino, dall'altro si iniziò la terapia delle piccole dosi.

Le esperienze biologiche di Mac Callum, che dimostravano l'assorbimento del ferro inorganico nelle porzioni alte dell'intestino e quelle cliniche di Stockmann, comprovanti che il solfuro di ferro migliorava l'anemia, non valsero a distruggere le opinioni sorte sui concetti di Bunge della qualità del ferro e di Quincke sulla piccolezza delle dosi necessarie. Così facendo il ferro perse veramente di importanza e la scarsezza, o la negatività dei risultati, fu messa in conto della sua inefficacia, mentre a nessuno venne mai in mente di domandarsi se non fosse in gioco la esiguità delle dosi. Debbono passare quasi trenta anni per ritornare sui concetti di una terapia a forti dosi e dobbiamo questo ritorno alle osservazioni cliniche di Lichtenstein nell'anemia dei prematuri e di Meulengracht e di Lindbergh nelle anemie degli adulti.

Può, quindi, usarsi anche per la terapia ferrica la frase che più volte risuona nella patologia e nella terapia medica: *multa resurgunt quae jam cecidere.*

Oggi noi prescriviamo sempre del ferro ridotto dall'idrogeno a dosi di 4-6-8, o più, grammi al giorno e lo diamo in cartine, meglio che in pillole, alla fine del pasto, o durante il pasto: è presumibile che in questa guisa sfugga all'assorbimento una minima quantità ma è in tal modo ben tollerato mentre in altri non lo sarebbe. Il ferro ridotto — o « ferro di Quevenne » — contiene circa il 78 % di ferro (il sale più ricco che è il citrato ne contiene solo il 20 %) del quale il quoziente di utilizzazione è del 0,5-2 %: con dosi giornaliere che vadano da gr. 1,5 a 6 (tali dosi vengono assai spesso superate) viene quindi utilizzata una quantità di ferro che va dai 6 ai 100 mgr.

Con queste dosi vengono coperti i bisogni anche straordinari dell'organismo in ferro. Ricordo come si consideri necessaria per l'uomo normale la introduzione di una dose giornaliera di 15-20 mgr. di ferro (io non darei valore alle cifre più basse dettate da alcuni Autori), dose coperta da una normale alimentazione (1): essa permette di introdurre in media 10-50 mgr. di ferro al giorno e, pure considerando le perdite (la massima è di 8 mgr. per l'intestino), il fabbisogno appare coperto.

Per alcuni anche i 20 mgr. di ferro appari-

(1) Ricordo come in media i cibi ricchi di ferro abitualmente usati siano gli spinaci (mgr. 45-55 %), il fegato (63 %), la carne (37 %), le uova (18 %), i pesci (7 %).

rebbero scarsi e quando si pensi che non soltanto alla formazione emoglobinica il ferro è destinato (per la cui ricostruzione 3/4 di ferro provengono dai globuli rossi distrutti) può giudicarsi come le alimentazioni correnti offrano tutta la probabilità di una carenza di ferro.

Per la dose terapeutica si ritiene efficace quella che permette un aumento giornaliero di più dell'1 % di emoglobina: essendo il ferro emoglobinico 2300 mgr. l'1 % figura come 23 mgr. di ferro: non essendo la quota di rigenerazione mai superiore al 2 % giornaliero per esser certi useremo dosi di ferro contenenti più di 46 mgr. giornalieri.

Ma tali dosi, che corrispondono ad un fabbisogno normale, debbono essere fortemente aumentate se si pensa alla costituzione delle riserve e sopratutto alla dispersione del metallo: così si è veduto somministrando 100 mgr. giornalieri a degli anemici ritenerne solo 50 e di questi meno della metà venivano destinati alla ricostituzione del patrimonio emoglobinico (Reimann e Fritsch).

I preparati iniettabili contengono per ora poca quantità di ferro assolutamente insufficienti nonostante l'alto quoziente di utilizzazione (quasi 100 %): a ciò è dovuta, del tutto o quasi, la inefficacia di tale forma di terapia: (noi non possediamo per ora le preparazioni iniettabili endovena citate da autori americani che contengono dosi elevate di mgr. di ferro).

Circa più precise modalità di dosaggio riassumo in breve quanto già altrove ho scritto (1): a ogni altra preparazione di ferro è preferibile il ferro ridotto dall' idrogeno e non si deve desistere dall'aumentare le dosi dinanzi ad una inefficacia: Morawitz ha veduto (e io pure ho veduto) rispondere a forti dosi di ferro anemici che non rispondevano a dosi medie. Sarà bene però saggiare la tolleranza individuale incominciando da piccole dosi (0,25 per carta) e aumentare progressivamente: non dare mai forti dosi in una volta sola, ma distribuirle in più dosi perchè così la terapia è più attiva (Berthell).

Dinanzi a intolleranza (nausea, peso o dolore epigastrico, sapore disgustoso, pirosi, vomito, senso di rodio nello stomaco, diarrea o stipsi, dolori addominali, cefalea) si sospenderà per qualche giorno la terapia.

Il somministrarlo a metà dei pasti dopo la minestra (come si usa anche per l'Atophan) in qualche caso ha permesso una migliore tolleranza: così ha provocato minori disturbi gastrici l'uso contemporaneo di bicarbonato, ma tale associazione dovrebbe essere in via teorica bandita.

Infatti, per quanto io abbia visto attivo il ferro sempre anche in anacloridrici assoluti, esso è meglio assorbito quando è presente l'acido cloridrico e in tal caso il necessario dosaggio appare sensibilmente minore. L'ho veduto ben tollerato anche se presenti sofferenze gastriche legate all'anemia e l'ho veduto tollerato in casi di vomito alimentare: l'ho veduto efficace — come Hollander — anche se presente una gastroenterostomia e una anacloridria. Presenza di minime emorragie da ulcus duodeni o da emorroidi non mi è sembrata controindicazione assoluta all'uso del ferro.

Il ferro è risultato attivo anche nelle anemie ipocromiche da carcinoma gastrico per quanto io abbia tratto la impressione che sia in questi malati meno ben tollerato, almeno inizialmente.

Ricordo qui come ho veduto con la terapia ferrica guarire delle menorragie legate a una anemia ipocroma (osservazioni del genere ha fatto Schiassi) e cedere una diarrea ribelle per anni ad ogni trattamento.

Sarà prudente non arrestarsi ai primi risultati raggiunti, facili ad essere perduti, ma insistere per lungo tempo: non eccezionalmente si giunge ad un sopradosaggio di emoglobina e di globuli rossi come io ho veduto in un caso (Oss. IX del mio lavoro, 1939) nel quale un recentissimo esame dava Hb 104 e G. R. 7.000.000.

Per quanto sia ormai accertato che la presenza di acido cloridrico influenza favorevolmente l'assorbimento del ferro una associazione con esso reputo non necessaria quando si usino forti dosi di ferro: così non mi sembra necessaria l'associazione con rame, o con aminoacidi, o con clorofilla da alcuni proposta.

RIASSUNTO.

Viene in breve riassunta la questione storica e attuale della terapia con ferro che viene consigliato per via orale a forti dosi (4-6-8 gr.) sotto forma di ferro ridotto dall'idrogeno.

BIBLIOGRAFIA.

HADEN. The J. of Am. Med. Ass., pag. 1059, 1938.
MAZZEI. La prensa med. arg., 1938.
SCHIASSI. *Min. Med.*, vol. I, pag. 145, 1938.

(1) Rivista di Clinica Medica, 1936; Minerva Medica, 1936; Giornale di Clinica Medica, 1939.

SUNTI E RASSEGNE

ARTRITI.

Il focolaio settico biliare nella genesi delle poliartriti.

(G. MARAÑON. *Journal Sciences Médicales de Lille*. 4 giugno 1939).

Il « reumatismo focale » esiste indiscutibilmente, ma ha una frequenza molto più limitata di quel che si pretende. Una sì fatta diagnosi etiologica può essere posta solo alle seguenti condizioni: 1) Caratteri di artropatia infettiva delle lesioni articolari; 2) Assenza di infezioni generali; 3) Presenza di un focolaio settico.

Le lesioni articolari di origine « focale » sono simili a quelle di ogni altro reumatismo infettivo. Sono ben diverse da quelle delle artropatie metaboliche, come la gotta, o delle artropatie degenerative o artrosi, come il reumatismo deformante senile. Sono prevalentemente localizzate, almeno nella prima fase della malattia, ai tessuti periarticolari (sinovite, perisinovite). Corrispondentemente la pelle è distesa e dolente. Di solito i dolori aumentano la notte durante la degenza a letto. La radiografia dimostra, all'inizio, inspessimento dei tessuti molli periarticolari con una leggera idrartrosi ed, in genere, una leggera osteoporosi sottoarticolare, ma senza lesioni cartilaginee. In seguito compaiono alterazioni della cartilagine, osteofiti compensatori, l'anchilosi, l'atrofia muscolare ed infine deviazioni ossee e immobilizzazione della parte con attitudini viziose.

La ricerca del focolaio settico, una volta eliminata la questione di un'infezione generale come la sifilide, la tubercolosi o la brucellosi, importa lo studio accurato del malato non solo dal punto di vista clinico e degli esami di laboratorio, ma anche dal lato anamnestico. Si deve esaminare sistematicamente · la bocca e le dentatura (spesso occorre la radiografia per accertare lo stato delle radici), la faringe, i seni cranio-facciali, l'apparato respiratorio (bronchiectasia, ascesso pulmonare, pleurite), l'apparato digerente (colecistite, perigastrite, tiflite e appendicite, colite), apparato genito-urinario (prostatite, annessite, pielite) senza dimenticare i foci più rari.

Nella ricerca e l'interpretazione di questi foci settici bisogna attenersi ai seguenti due principi:

a) In un reumatico possono trovarsi focolai settici che non hanno alcuna relazione con la patogenesi dell'artropatia. In tal caso la soppressione del focolaio settico non arresta lo sviluppo dell'artropatia. Tuttavia è sempre conveniente eliminarlo perchè esso rappresenta un pericolo continuo anche quando il reumatismo non è di origine infettiva, ad esempio nel reumatismo gottoso.

b) Talvolta, malgrado la ricerca minuziosa, non si riesce a svelare alcun focolaio settico. In tal caso, se i caratteri della lesione e i sintomi generali fanno pensare ad un'infezione, bisogna ammettere l'esistenza di un foco setticemico d'impossibile identificazione, e istituire il trattamento conforme a questo presupposto ripetendo gli esami per sorprendere le prime manifestazioni dell'infezione, focale. Questa ha per lo più sede negli apparati digerente e genito-urinario.

I malati portatori di « foci settici » latenti presentano quasi sempre disturbi dello stato generale con un complesso sintomatico, al quale si può dare il nome di « intossicazione focale »: periodi subfebbrili, astenia, tinta cattiva, inappetenza, svogliatezza, tendenza al deperimento, aumento della velocità di sedimentazione, talvolta leggera leucocitosi con mononucleosi, talvolta leggera anemia, ed eccezionalmente complicazioni a carico dell'apparato circolatorio. Questo stato generale, accompagnato sopra tutto da aumento notevole della velocità di sedimentazione e dalle lesioni caratteristiche delle artropatie infettive, fa presumere l'esistenza di un focolaio settico latente.

I rapporti tra focolai infettivi localizzati nella cistifellea e artropatia sono stati i meno considerati. L'A. riporta due casi nei quali tale rapporto è evidente, sopra tutto per il fatto che l'eliminazione del foco determinò un rapido miglioramento delle alterazioni articolari.

Nel primo caso il focolaio settico della cistifellea era secondario ad un focolaio tonsillare. In effetti l'origine tonsillare delle colecistiti è stata segnalata da vari autori. Parturier le dà il terzo posto nell'ordine di frequenza delle etiologie infettive della colecistite. Non è dubbio che la dispepsia giovanile con le sue fasi acute, spesso ritenuta di origine appendicolare o ulcerosa, non è che l'espressione di una colecistite latente. Nel caso in esame la poliartrite non poteva essere che la conseguenza di due foci: tonsillare (primitivo) e cistifellico (secondario), Ma senza dubbio quest'ultimo era il direttamente responsabile, perchè l'asportazione incompleta del focolaio tonsillare determinò una reazione specifica con accentuazione dei sintomi vescicolari e delle manifestazioni articolari, mentre l'estirpazione del focolaio secondario, colecistico, produsse in modo insperato la guarigione dell'artropatia.

Nel secondo caso la litiasi biliare e la colecistite probabilmente di origine tifica costituivano il focolaio primitivo e unico della poliartrite. Era interessante il fatto che mancava ogni corrispondenza tra le manifestazioni cliniche del processo vescicolare e di quello articolare, mentre l'ablazione della cistifellea

malata produsse immediatamente la guarigione dell'artropatia.

La coincidenza del reumatismo e degli stati reumatoidi con la litiasi biliare e la colecistite era stata di già segnalata ma non si era però stabilita nessuna relazione di causa ed effetto tra i due gruppi morbosi. Solo recentemente sono state intraviste, specie in America, tali relazioni con pubblicazioni di casi dimostrativi sempre più numerosi.

Allo stato dei fatti in presenza di una poliartrite in un individuo portatore di un processo vescicolare, anche quando il rapporto di causalità non sembra evidente, bisogna agire energicamente. Nei casi dubbi si potrà eventualmente praticare in primo tempo il cateterismo e l'irrigazione duodenale. Ma se con questo metodo non si ottiene un netto miglioramento bisogna decidersi per l'intervento.

DR.

Le reazioni del liquido cefalo-rachidiano in corso di poliartriti croniche.

(GRABER-DUVERNAY e CERBAY. *Acta Medica Scandinavica*, vol. C., fasc. I-II, 1939).

Gli AA., partiti dall'ipotesi di Teissier e Roque, di Macalister, Latham ed altri per cui le artropatie delle poliartriti croniche dovrebbero essere considerate come un disturbo trofico dovuto ad una alterazione primitiva del sistema nervoso (meningi e midollo) in rapporto a sua volta con modificazioni tossi-infettive del liquor c. s., studiano 15 casi di poliartriti croniche che essi dividono arbitrariamente in 3 gruppi: un primo gruppo di 3 casi ad evoluzione lenta, con *poussées* successive a carattere infiammatorio moderato, progressiva e simmetrica verso le radici degli arti; un secondo di 6 casi con compromissioni articolari meno progressive e meno simmetriche con inizio oltre che alle articolazioni delle dita anche ad altre articolazioni, con caratteri infiammatori più evidenti e reazioni umorali più attive, con scarsissime deviazioni segmentarie; un terzo gruppo di 5 casi con poliartrite cronica con adenopatia a caratteri tossi-infettivi più manifesti che nei due gruppi precedenti; infine un caso riguardava un giovane in cui dopo una localizzazione poliarticolare si era avuto un impegno progressivo di tutto il rachide e delle articolazioni delle radici degli arti. In questi malati gli AA. hanno studiato il liquor c. s. (albumina, cellule e glicorachia) e la velocità di sedimentazione. Un iperalbuminosi modesta, oltre gr. 0,50, è stata osservata in 8 sui 15 casi studiati, mentre non sono state osservate modificazioni della glicorachia, nè delle cellule (numero e formula). Si tratterebbe quindi di una vera dissociazione albumino-citologica che potrebbe interpretarsi come l'espressione di uno stato di compressione meningo-midollare più o meno marcato. Se si trattasse di un semplice stato infiammatorio cronico degli spazi aracnoidei vi dovrebbe essere almeno una lieve reazione linfocitaria che manca nei casi esaminati. In quanto ai rapporti con la velocità di sedimentazione se è vero che in 3 casi le cifre più basse di albumina coincidono con velocità di sedimentazione normali, in tutti gli altri casi non esiste detto parallelismo. Gli insegnamenti che si possono trarre dall'esame del liquor non permettono di fare nessuna distinzione nel gruppo delle poliartriti croniche: anche nel primo gruppo a lesioni simmetriche in cui il sistema meningo-midollare doveva avere la maggior probabilità di essere compromesso si è osservata una cifra normale di albumina nel liquor. Gli AA. ritengono tuttavia che nei casi ad impronta tossi-infettiva più manifesta vi sia un tasso assai elevato di albumina nel liquor. Secondo gli AA. detta iperalbuminosi sarebbe in corso di certe poliartriti croniche una manifestazione precoce che dimostrerebbe il carattere evolutivo della lesione. L'esame del liquor sembrerebbe quindi avere un valore reale, superiore alla sedimentazione globulare, per indicare la ripresa di un trattamento chemioterapico e l'opportunità di una cura di mobilizzazione articolare.

RUBEGNI.

PANCREAS.

La necrosi acuta del pancreas.

(J. BOTTIN. *Revue belge des Sciences Médicales*, aprile 1939).

La lesione essenziale e costante nella necrosi acuta del pancreas è rappresentata dalla necrosi parenchimatosa, che si inizia con una omogeneizzazione del protoplasma cellulare con scomparsa dei granuli di secrezione e del limite netto tra la zona basofila basale e la regione acidofila apicale della cellula pancreatica normale. Queste alterazioni, più o meno estese (e l'estensione non è sempre in rapporto con la gravità del quadro morboso), progrediscono poi fino a determinare un ammasso informe del parenchima e si accompagnano ad edema, ad emorragie e ad un essudato peritoneale scarso. La steatonecrosi è incostante e tardiva.

L'origine delle lesioni che si osservano nella necrosi acuta del pancreas è dalla maggior parte degli Autori messa in rapporto con una digestione in situ degli elementi ghiandolari per una attivazione del tripsinogeno nell'interno della stessa ghiandola.

L'etiologia dell'affezione in questione è molto discussa e molte sono le cause che vengono elencate come fattore sufficiente di essa.

1) *Trauma.* Più che un trauma accidentale, ha interesse un trauma operatorio giacchè ogni intervento che si svolge vicino al pancreas può determinarne la necrosi acuta: specialmente

importante è, a tale proposito, la resezione dello stomaco per ulcera seguita da gastroenterostomia. Le necrosi pancreatiche acute di origine operatoria rappresentano circa il 10 % del numero totale dei casi osservati.

2) *Origine ematogena*: si osserva raramente nel corso di varie malattie infettive, come la scarlattina, il tifo, l'osteomielite, la parotite e la mastite.

3) *Propagazione per contiguità*: l'affezione consegue ad una lesione infiammatoria, traumatica, trofica o neoplastica di organi vicini: la causa più frequente è l'ulcera gastrica o duodenale penetrante nel pancreas.

4) *Origine linfatica*: è messa in dubbio dalla maggior parte degli autori.

5) *Ipertensione nei territorio della vena porta*: Gilbert e Chabrol hanno determinato nel cane, attraverso una ipertensione nella v. porta, alterazioni emorragico-necrotiche nel pancreas.

6) *Riflusso della bile o del succo duodenale nelle vie escretrici del pancreas*: mentre condizioni anatomiche, chimiche e cliniche rendono inaccettabile l'azione attivatrice del tripsinogeno da parte di un reflusso biliare nei canali pancreatici, è invece molto probabile un reflusso duodeno-pancreatico nei casi in cui il canale di Santorini sarebbe il canale escretore principale del pancreas, in luogo del canale di Wirsung; e tali casi non sono molto rari. Il succo duodenale che così giunge nel pancreas è capace di attivare il tripsinogeno che allora può esercitare la sua attività digestiva sulla stessa ghiandola.

7) L'A. infine pensa che un aumento di pressione nelle vie escretrici del pancreas, dovuto ad una qualsiasi ragione, può determinare una stasi del secreto pancreatico nella ghiandola, dove potrebbe essere attivato da una chinasi apportata dal sangue o elaborata nell'interno dello stesso pancreas.

Conseguenza della necrosi pancreatica è una intossicazione grave dovuta ai prodotti necrotici riassorbiti e aggravata dalla disidratazione e dalla demineralizzazione determinata dai vomiti abbondanti che accompagnano sempre questa affezione.

Dal punto di vista clinico la necrosi pancreatica si presenta per lo più come una sindrome addominale grave e improvvisa, caratterizzata da dolori estremamente vivi, continui che determinano rapidamente uno stato profondo di choc. Essi sono diffusi a tutto l'addome e ben presto si accompagnano a vomiti, spesso molto abbondanti. Se non si interviene con una opportuna terapia, lo stato generale si aggrava, l'addome si distende, i gas e le feci si arrestano, possono comparire vomiti sanguigni, il polso si accelera, si produce oliguria e cianosi. Ausilio diagnostico portano alcune prove di laboratorio, come la ricerca della modificazione della secrezione pancreatica in rapporto all'amilasi (prova di Wohlgemuth) o alla lipasi (prova di Rona), la ricerca della glicemia e della curva glicemica, ecc. Ad ogni modo i risultati di tali prove di laboratorio devono essere sempre subordinati, nel ragionamento diagnostico, alla fenomenologia clinica.

Se la diagnosi di necrosi acuta del pancreas può essere posta con una sufficiente sicurezza, si può attuare una terapia medica che ha per scopo di disintossicare l'organismo: quindi è necessario idratare abbondantemente il malato, apportandogli anche contemporaneamente ioni di Cl e di Na, e di somministrargli un leggero diuretico.

L'intervento chirurgico, che prima era praticato d'urgenza in tutti i casi, si imporrà quando la diagnosi non è sicura e si ha il dubbio che si possa trattare di una perforazione gastrica, di un'occlusione intestinale, di una peritonite, della rottura di una gravidanza extrauterina, ecc. F. TOSTI.

La litiasi del pancreas.

(M. PAPIN (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, gennaio-febbraio 1939).

L'A. riassume l'argomento basandosi sui casi descritti nella letteratura e su un suo caso personale.

I calcoli del pancreas si possono riscontrare in tutti i segmenti dell'organo, dalla testa alla coda ,e sono in generale costituiti da sali di calcio; i calcoli possono essere completamente inclusi nel pancreas od essere fissati alla ghiandola ma sporgenti dalla sua superficie. Talora possono arrivare a circondare completamente il peduncolo epatico.

L'esame radiografico, che deve essere sempre fatto di faccia e di profilo, è di straordinaria importanza, per mettere in evidenza la litiasi pancreatica: un segno molto utile per l'identificazione dell'opacità radiografica con i calcoli pancreatici è il constatare una zona opaca con dei buchi chiari. Del resto la colecistografia e l'ureteropielografia permetteranno di localizzare le dette opacità al di fuori delle vie biliari ed urinarie. Le analisi di laboratorio saranno utili per provare l'insufficienza pancreatica: a tale proposito è molto importante constatare una iperglicemia. Dal punto di vista clinico i malati si lamentano di dolori intollerabili, a forma parossistica, in corrispondenza dell'epigastrio con irradiazione talora verso la spalla destra, accompagnati spesso da vomito alimentare o biliare. Il malato si presenta dimagrato, pallido, depresso, con stato generale cattivo. La palpazione risveglia un dolore più o meno netto all'epigastrio o in corrispondenza delle vie biliari.

Posta, specialmente con l'aiuto dell'esame radiografico, la diagnosi di litiasi del pan-

creas sorge il problema terapeutico. Esaminati i pareri dei vari Autori che si sono occupati dell'argomento ed in base anche alla propria esperienza, l'A. sostiene a questo proposito che, nei casi in cui il malato soffra molto e le funzioni pancreatiche e lo stato generale si mantengano buoni, occorre intervenire chirurgicamente perchè si avrà sicuramente un miglioramento, anche se i calcoli non possono venire tutti tolti. Se invece il malato non soffre conviene non toccarlo.

F. TOSTI.

La prova alla secretina nelle affezioni del pancreas.

(M. CHIRAY e M. BOLGERT. *Archives des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, gennaio 1939).

Gli Autori hanno esplorato in numerosi malati la funzione pancreatica studiando la secrezione pancreatica esterna provocata con l'iniezione endovenosa di secretina purificata. Essi hanno adoperato per le loro ricerche la secretina purificata di Byla, iniettata endovena alla dose di 2 fiale (80 unità). Con questa tecnica, affinchè si possa considerare normale la funzione di un pancreas, il volume totale del succo duodenale raccolto col sondaggio deve essere compreso tra 70 e 130 cmc., l'attività lipasica media deve oscillare fra 35 e 60 e l'attività tripsica media tra 7,5 e 12,5.

In quattro casi di *litiasi pancreatica* il volume totale del succo ottenuto è risultato nettamente diminuito (soltanto 2 volte è stato vicino al minimo normale), l'attività lipasica media ha oscillato fra 0,6 e 4 (cifre molto basse) e l'attività tripsica media è stata scarsissima e talora nulla. Quindi una prova alla secretina che fornisce un volume più o meno abbassato, una attività lipasica inferiore a 4 e una attività tripsica inferiore all'unità rende molto probabile una litiasi pancreatica. La sola diagnosi differenziale sarebbe da fare con il cancro (vedi poi).

In tre casi di *cisti del pancreas* i risultati presso a poco normali o subnormali hanno permesso di concludere per l'assenza di lesioni gravi e, in particolare, di respingere l'ipotesi di un cancro del pancreas.

In 12 casi di *cancro del pancreas* il volume del liquido ottenuto (che in tre casi è stato, dopo la secretina, emorragico) è restato nel 50 % dei casi nei limiti fisiologici, è risultato diminuito nel 42 % dei casi ed aumentato nell'8 %. Riguardo alle attività diastasiche medie in un primo gruppo si è notata diminuzione sia dell'attività lipasica che di quella tripsica, in un secondo gruppo insufficienza lipasica con attività tripsica normale.

Nelle *pancreatiti* si osserva deficienza della lipasi soltanto o di ambedue i fermenti in proporzioni eguali o ineguali; il volume della secrezione è talora normale e talora diminuito.

Concludendo, la prova alla secretina permette nella maggioranza dei casi di affermare o di escludere una lesione pancreatica e, nella prima eventualità, di sospettarne spesso la natura; fa perciò sperare che, mediante il suo aiuto, si renda molto più precisa la diagnosi delle affezioni pancreatiche, finora così difficile.

F. TOSTI.

TERAPIA.

Il trattamento del tifo e del paratifo.

(H. COOKSON. *Practitioner*, giugno 1939).

Sotto il nome di febbre enterica gli inglesi comprendono le infezioni da tifo e paratifo. Di quest'ultima le più comuni sono quelle da bacillo B e più rare quelle da bacillo C. Tra tutte le febbri enteriche la più grave rimane sempre quella tifoidea. Mentre in seguito ai nuovi metodi di cura la mortalità per tutte le altre infezioni acute si è sensibilmente ridotta, quella da tifo è ancora alta, il 10 % e più dei casi.

Il trattamento del tifo e del paratifo deve essere considerato sotto quattro aspetti: 1) profilattico, 2) generale, 3) sintomatico, 4) specifico).

1) Il paziente deve essere rigorosamente isolato e curato in ospedale. Tutta la biancheria da letto e personale prima di essere bollita deve essere immersa in una soluzione di acido fenico all'1 %. I vasi, i bicchieri, i termometri e tutti gli oggetti che comunque hanno avuto contatto con il paziente devono essere accuratamente disinfettati. Le feci e le urine devono essere considerate come cultura più o meno pure di bacilli del tifo o paratifo. Le feci devono essere trattate con acido-fenico nella proporzione di 20 parti di soluzione fenica per una di materiale fecale, e le urine mescolate a parti uguali con la stessa soluzione fenica. Dopo i bagni l'acqua deve essere disinfettata con cloruro di calce. Accuratamente disinfettate devono essere le sostanze vomitate, gli sputi, le eventuali secrezioni purulente. Tutte queste precauzioni devono essere continuate fino a quando l'esame batteriologico delle feci e delle urine non risulti negativo per tre volte consecutive con intervalli di tre o quattro giorni.

Se l'esame batteriologico delle feci o delle urine persiste positivo anche durante la convalescenza il soggetto deve essere considerato come un portatore cronico. Ai portatori urinari si somministra urotropina, acido mandelico, sulfonamide o un suo derivato. Non è ancora sicuro se l'urotropina o la sulfonamide agiscano su i portatori biliari.

2) La camera del malato deve essere bene aerata, fresca, senza mobili, a pareti levigate e nude; il letto stretto con un materasso di crine, un cuscino, un lenzuolo, ed una coperta. Le lenzuola di tessuto fine non solo

sono confortevoli per il malato, ma diminuiscono le possibilità di lesioni della cute, che in ogni modo deve essere fregata con alcoole nei punti soggetti a pressione. Le natiche dovrebbero essere lavate e cosparse di polvere dopo ogni defecazione. Per evitare le screpolature delle labbra si praticheranno unzioni con vaselina o paraffina liquida. Il malato non deve levarsi dal letto prima di una o due settimane dall'ultima accensione febbrile.

La febbre alta e prolungata rende necessario la somministrazione di una notevole quantità di liquidi e di alimenti che abbiano un adeguato numero di calorie. Al riguardo è a tenere presente che per ogni grado di aumento di temperatura il metabolismo basale si accelera di circa il 12 % e quindi nei casi di tifo con febbre a 39°-40° aumenta intorno al 30 %. Con la dieta assolutamente liquida era inevitabile uno stato d'iponutrizione, ma ora si è assodato che con un regime generoso il corso delle malattie è più favorevole senza pericoli di aumentare le probabilità di emorragie intestinali. Ogni giorno dovrebbero essere fornite, per un adulto, 3000-4000 calorie e possibilmente da 2 a 4 litri di liquidi. La dieta deve contenere in giuste proporzioni proteine, carboidrati e grassi, nonchè gli elementi accessori. Il latte o i suoi derivati devono costituire una parte considerevole dell'alimentazione, ma possono utilmente essere aggiunti a seconda le condizioni ed il gusto del paziente: crema, lattosio, burro, uova, biscotti, patate pestate, torte, marmellate, bodino di riso, salsa di pomi, latte e cioccolato, gelati di crema e simili. Tali alimenti possono essere gradatamente aggiunti fino a raggiungere almeno 3000 calorie, e previo un periodo di 24-48 ore di dieta lattea. L'acqua può essere data a volontà, meglio con l'aggiunta di succo di limone, di arancio o di altri frutti, nonchè di lattosio o glucosio. Le vitamine sono apportate dagli stessi alimenti e bevande sopra enumerate, ma per ogni buon fine è bene aggiungere una certa quantità di vitamina C sotto forma di acido ascorbico.

Nessun altro alimento oltre quelli accennati deve essere consentito fino a quando la temperatura non sia ritornata normale. Gli alcoolici sono controindicati a meno che il paziente non sia un bevitore. Nelle forme stuporose si ricorre all'alimentazione artificiale con la sonda nasale.

Per quel che riguarda l'idroterapia si è riconosciuto che meglio dei bagni freddi e degli impacchi di ghiaccio giovano le spugnature con acqua tiepida a 32°-33°. Tali spugnature sono controindicate in caso di enterorragià, di meteorismo grave e di flebite, non sono invece controindicate in caso di pulmonite.

3) Il trattamento sintomatico è complesso tenuto conto che quasi tutti gli organi del corpo possono essere compromessi nel corso del tifo.

Per vincere la stipsi giova ricorrere ai clisteri: i purganti di ogni specie sono controindicati. La diarrea si combatterà riducendo eventualmente la dieta, con il latte citratato, con clisteri con amido e oppio o con delicate lavande intestinali.

Il meteorismo dipendente da fermentazioni e riduzione del tono intestinale si cura riducendo i carboidrati, con rivulsivi sulla parete addominale. I così detti disinfettanti intestinali non hanno nessun valore; i medicamenti per attivare la motilità dell'intestino, come la pituitrina e l'eserina sono controindicati.

La sepsi orale si previene con colluttori di succo di limone diluito e con l'applicazione di pomate sulle labbra.

In caso di emorragia intestinale limitare gli alimenti e le bevande, praticare iniezioni di morfina se il paziente è irrequieto, somministrare vitamina C, meglio per via endovenosa (500 mgm. al giorno).

La perforazione richiede l'immediato intervento chirurgico.

Il dolore pleurico, che è piuttosto frequente, e quello colecistico, che è raro, si alleviano con applicazioni calde.

La pulmonite e le altre complicazioni settiche (otite, artrite, foci settici) si curano con la sulfonamide, mentre gli ascessi vanno aperti e drenati.

Per la bacilluria si può somministrare l'urotropina ma con prudenza perchè questo medicamento provoca facilmente ematuria.

La ritenzione di urina, se non scompare con le applicazioni calde sulla vescica e con i clisteri, richiederà il cateterismo.

La cefalea e l'insonnia si alleviano in genere con l'idroterapia; in caso d'insuccesso si ricorrerà a piccole dosi di bromuri e barbiturici.

Nelle forme gravi con delirio l'impossibilità d'introdurre liquidi per la bocca aggraverà la situazione e si avranno sintomi d'insufficienza circolatoria periferica. Si dovrà ricorrere allora all'iniezioni endovenose di soluzioni di cloruro di sodio e di glucosio, preferibilmente con il metodo a goccia. In tali casi i medicamenti non giovano gran che, ma le iniezioni di efedrina e adrenalina giovano più di quelle di canfora e stricnina. La digitale è controindicata a meno che non coesista vizio di cuore con scompenso.

La trasfusione è indicata nelle enterorragie profuse, nelle forme accompagnate da tossiemia o da anemia. È preferibile un datore convalescente di tifo o al quale sia stato iniettato siero antitifoso.

4) Per quel che riguarda la sieroterapia in questi ultimi tempi è stato fatto qualche progresso. Felix ed i suoi collaboratori sono riusci-

ti a identificare in ceppi molto virulenti di tifo due antigeni denominati Vi ed O ed a preparare sieri contenenti i rispettivi anticorpi. Le esperienze fatte con questi sieri hanno dato risultati favorevoli riducendo lo stato tossiemico ed abbassando la temperatura. Il siero dovrebbe essere iniettato al più presto possibile per via intramuscolare o, nei casi gravi, per via endovenosa (in quest'ultimo caso convenientemente diluito con soluzione salina o glucosata). Agli adulti si praticano 3 o più iniezioni di 33 cmc. a giorni alterni, per i bambini sono sufficienti dosi più piccole. La sieroterapia ha scarso valore nelle fasi avanzate della malattia, e non ne ha affatto nel paratifo.

Per considerazioni teoriche si dovrebbe ritenere che i prodotti del gruppo sulfonamide debbano riuscire utili nella cura del tifo e del paratifo, ma i risultati delle esperienze fatte finora non sono conclusivi. DR.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

V. PUCCINELLI. *Pratica Chirurgica.* Bologna, L. Cappelli, editore. L. 100.

È uno splendido volume di oltre 700 pagine in 8° gr., edito con la solita proprietà e ricchezza, dal ben noto stabilimento tipografico di Rocca S. Casciano. Autore ne è il prof. Vittorio Puccinelli, insigne chirurgo di Roma, primario al Policlinico Umberto I, ove succedette or sono parecchi anni, al sen. prof. R. Bastianelli. Da un anno è stato incaricato dell'insegnamento della Patologia Chirurgica a Padova.

Il volume riassume l'attività chirurgica svolta dal Puccinelli in 25 anni di esercizio e la sua attenzione si ferma specialmente su quei problemi di indicazione e di tecnica, che possono beneficiare dell'esperienza e delle conoscenze dell'A. il quale, bene a ragione, si gloria d'esser allievo del prof. R. Bastianelli.

Gli interventi sul « *Cranio e sistema nervoso centrale* » sono 183, con 36 tumori cerebrali, 17 del midollo e 21 operazioni sul trigemino. Saggia ed arguta ci sembra l'osservazione dell'A. sui rapporti odierni fra la *neuro-patologia* e la *neuro-chirurgia*.

L'addome occupa una parte importante del volume: si tratta di 5738 interventi, così suddivisi:

Stomaco e duodeno 1901 con 809 resezioni gastriche.
Fegato e vie biliari 927.
Pancreas 29. Milza 62.
Intestino 554. Appendice 1541.
Utero e annessi 724.

Fa seguito e ne è anzi parte integrante lo studio sulle *Peritoniti acute* che senza dubbio si può considerare come uno dei migliori se non il migliore della nostra letteratura. Fu scritto nel 1924 ed una sobria prefazione del prof. Bastianelli ne rileva i pregi e ne dice, meglio di ogni altro, il bene che merita. Nei 14 anni oramai trascorsi nulla è avvenuto che possa consigliare modificazioni alle direttive esposte dall'A. È questo il migliore argomento per giudicare del reale valore di questo studio, della saggezza delle osservazioni e delle deduzioni che lo redono pregevolissimo.

La chirurgia dello *Stomaco* e *Duodeno* è rappresentata da 1901 interventi fra i quali 752 resezioni.

Ognuno leggerà con grande utilità il capitolo sulle indicazioni della gastroenterostomia e della resezione gastrica nella cura dell'ulcera gastrica e duodenale. L'A. molto saggiamente non crede ad una causa unica d'insorgenza delle ulcere: i fattori che possono determinare l'inizio di un processo ulcerativo nello stomaco e nel duodeno sono certamente molteplici; basti ricordare la massa di esperimenti del genere più vario, con i quali si è riusciti a produrre ulcere per venire nella persuasione che bisogna parlare delle varie cause e non di una sola causa delle ulcere. E l'evoluzione di esse, il fatto che gli stessi metodi curativi sono utili per alcune e inutili per le altre, il fatto che alcune guariscono anche spontaneamente ed altre si cronicizzano sono per l'A. tutte prove della varietà patogenetica oltre che di quella clinica ed anatomo-patologica.

Sono queste del Puccinelli parole d'oro che ogni chirurgo, anzi ogni medico, in generale dovrebbe meditare e mettere a profitto in ogni caso. Se gli schemi di *Ochsner sui principii fisiologici del trattamento delle ulcere* che dall'A. sono posti in evidenza, fossero più generalmente conosciuti e più comunemente consultati, molte polemiche ci sarebbero risparmiate e molti insuccessi sarebbero evitati!

La chirurgia gastrica, duodenale e digiunale trova un ampia ed esauriente trattazione in questo ottimo volume che consigliamo a chiunque voglia mettersi al corrente dell'argomento, senza fanatismo e senza esagerazioni. Di somma utilità troviamo ad es. l'articolo su le « Ulcere recidive dopo resezione gastrica ». Sono appena due pagine ma sono l'estratto concentrato di una grande esperienza e di un equilibrio critico non comune.

La chirurgia del fegato e delle vie biliari figura con 927 interventi per colecistiti, per occlusioni del coledoco, per neoplasmi, fistole biliari, cisti da echinococco, ascessi, ecc. Nei riguardi delle colecistiti calcolose o non l'A. è interventista e possibilmente precoce.

Il suo ragionamento è stringente e persuasivo, la logica incisiva.

Dai casi di chirurgia splenica (62 splenectomie) il Puccinelli trae occasione per rilevare che molti buoni successi possono ottenuersi asportando la milza in casi di malattie non bene classificabili, dato l'ancora impreciso inquadramento di esse.

A parte gli interventi per lesioni dell'ap-

pendice, l'A. conta 554 operazioni sugli intestini, nei loro diversi tratti.

Il cancro del retto e la terapia radio-chirurgica associata gli offrono occasione di esporre osservazioni molto interessanti.

Il capitolo « Ernie » comprende 974 interventi, 38 dei quali per *ernie strozzate*.

Interessante e pieno di vivacità a un tempo è uno spunto polemico sostenuto col Biondi allora se non erro medico-legale di Siena a proposito di una perizia su di un caso di ernia infortunio.

L'Ostetricia e la Ginecologia è rappresentata da 724 casi, dei quali 456 sono interventi sull'utero, 223 sugli annessi e 45 per gravidanze distociche con 8 tagli cesarei.

Dobbiamo plaudire senza riserva, *toto corde*, al principio sostenuto dal Puccinelli che tutti i giovani aiuti chirurgi ospedalieri debbano fare la loro pratica obbligatoria nei reparti di Ostetricia, abolendo ogni restrizione irrazionale, e ricordando che l'assistenza alla partoriente è il primo *dovere* sociale che oggi più ancora di prima incombe sul medico.

« Reni e vie urinarie » comprendono 551 interventi, dei quali 205 sui reni, 26 sugli ureteri, 110 sulla vescica, 178 sulla prostata e 32 sull'uretra.

Nella parte dedicata alla « Traumatologia », richiamano specialmente l' attenzione, come argomenti che lo sport moderno ha posto in prima linea, le lesioni meniscali del ginocchio.

Molto interessante è quanto il Puccinelli scrive a proposito della riduzione incruenta, immediata delle fratture degli arti e del servizio radiologico nei grandi ospedali. Vi potrà essere qualche dissenziente, ma in fondo si tratta di verità vere, controllabili ogni momento. Il rimedio non potrà trovarsi se non quando nelle grandi amministrazioni ospedaliere s'istituirà un capo dei servizi sanitari, veramente competente e provetto, che sappia e possa organizzare tutto in modo uniforme e pratico, senza discussioni dilettantistiche.

Parole assai amare scrive il Puccinelli a proposito dei risultati della terapia delle radiazioni nei tumori delle fauci e dell'utero ed io aggeungerei dei tumori maligni in generale: purtroppo i chirurgi non possono essere soddisfatti di questi risultati e neppure... i malati!

È colpa degli apparecchi, è difetto di dosaggio, di potenziale o di che altro?

Fidiamo nel progresso e speriamo in un prossimo avvenire trionfale, specialmente mercè la collaborazione fra radiologi e chirurgi.

Poche pagine sono dedicate alla terapia fisica con radiazioni secondarie, col Luxan e col Novazono. Si tratta di metodi e di sostanze in via di esperimento, i quali fanno sperar bene, specialmente nel campo della tubercolosi ossea e articolare. Non tutti sanno che in questo momento, in una dipendenza del I Padiglione del Policlinico Umberto I per iniziativa del prof. Puccinelli e con l'autorizzazione della on. Amministrazione centrale degli ospedali, si compie un largo esperimento di questa terapia.

Chiudono il magnifico volume alcuni articoli di volgarizzazione medica, scritti dall'A. come note di collaborazione alla Enciclopedia. Ciò che vi è da ammirare in essi è l'abilità con la quale il Puccinelli è riuscito a rendersi chiaro e intelligibile anche ai meno colti.

In molti di coloro che ci avran seguito in questa piuttosto lunga disamina nascerà il desiderio di leggere l'importante pubblicazione: sarà questo il nostro più grande piacere perchè vedranno quanto siamo rimasti al di sotto della verità e di quale interesse sia il volume anche per i più provetti chirurgi.

T. FERRETTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

ABEL LAHILLE. *Questions d'actualité démographiques, médico-sociales et sociales.* Paris. I. B. Baillière et fils, 1939, pag. 367.

È un'opera di igiene sociale che merita una qualche attenzione, e che nel suo ambiente, per alcuni particolari caratteri di finalità più o meno manifesta, può avere un indubbio successo. Tratta estesamente dei molti problemi che sono l'immanente, prepotente e tormentoso oggetto di studio, di preoccupazione, di controversie di questa nostra epoca di transazione, turbata e esaltata da passioni politiche e razziali. La sua tessitura cerca dei capisaldi in statistiche nazionali e internazionali, le cui cifre sarebbero molto eloquenti, se studiate con spassionato spirito analitico. Il che è nell'espressa intenzione dell'A., come afferma per la generalità dei suoi giudizi, per quanto maggiormente si preoccupi di riferire quelli degli altri, purchè sieno meglio intonati alle sue vedute, ai suoi propositi, alle sue finalità.

Trattando della questione demografica egli si dimostra chiaramente più preoccupato della super-popolazione che della depopulazione, più della qualità che della quantità, non considerando che la qualità non basta a difendere dalla sopraffazione della quantità, come la storia insegna sia nei confini della nazione, sia nel cozzo delle nazioni. Che se la quantità, come si propone e rivela già con amplia attuazione il regime fascista, è uniformemente e razionalmente fornita di qualità superiori, inevitabilmente le scarse unità numeriche, per quanto perfezionate, nello inevitabile urto, sono destinate a scomparire. È in tal modo che si costituisce la meccanica di stratificazione delle varie civiltà.

Nè si potrà esaltare lo spirito di imparzia-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

lità e di giustizia, quando accanto alle guerre, alle epidemie, alle carestie, come mezzi di livellazione demografica, l'A. pone, con particolare risalto, le « immense ecatombi di vite umane » organizzate dalla chiesa cattolica e romana in nome di Cristo, dimenticando come la storia contemporanea, e non solo l'Evo medio, registri milioni di uomini periti nel modo più atroce, vittime del dispotismo e del fanatismo irreligioso, ateo, e di ideologie sociali antiumane e antibiologiche.

In modo più scientifico, vale a dire più sereno, sono trattati i capitoli sulle cause sociali della decadenza psico-fisica della razza — alcoolismo, malattie veneree, tubercolosi, ecc. —, sulla prostituzione, sulla alienazione mentale, sulla criminalità, per poi nell'ulitmo capitolo arrivare ad una espressione conclusiva a cui ci possiamo incondizionatamente associare, che « bisogna forzarsi a stabilire una migliore ripartizione della popolazione e delle ricchezze ».

Della grandiosa opera italiana di eugenica e di igiene sociale, di elevazione fisica e spirituale della razza, nel libro di Lahille Abel non si fa cenno; il che non ci meraviglia. Il libro comunque per noi ha un grande merito, che è quello di renderci orgogliosi di potere opporre imponenti realizzazioni a un cumolo amorfo di teorie, di programmi, di aspirazioni.

G. MÒGLIE.

O. GIOVENCO. *Collaudo di razza all'equatore termico.* Un vol. in-16° di 190 pagg. con 150 illustrazioni fuori testo. Libr. Agate, Palermo, 1939. Prezzo L. 20.

Titolo vivace, pienamente giustificato dai fatti che hanno dimostrato come, da parte delle nostre truppe di ogni regione d'Italia, si sia potuta condurre una guerra in paesi, dove tutto era da temere, dalle insidie dei climi più svariati a quelle delle malattie tropicali, mentre si ottenne la maravigliosa vittoria pur con numero minimo di malati. Collaudo di razza, della nostra razza, che sa prosperare sotto tutti i climi e merito dell'organizzazione, della disciplina e dell'alto senso morale inspirato dai capi, fra cui i medici, della tempra dell'A., che sentono l'elevatezza della loro missione.

L'A. descrive, dal punto di vista sanitario, quanto si è fatto in A. O. I. nella guerra, le conseguenze che si potevano temere e quelle che si sono realmente avute. L'ardore che anima le sue parole è espressione della gioia del successo e della nobile opera compiuta; si vive realmente in questo libro in un clima di entusiasmo e di fede.

Le ampie risposte che egli poi dà ad alcuni interrogativi riguardanti certi temuti pericoli della vita in Colonia sono tali da tranquillizzare chiunque abbia la fortuna di potere recarsi laggiù. Il libro, oltre che descrizione e commento di fatti, è anche una efficace opera di propaganda.

Ricchissimo il materiale illustrativo di fotografie, alcune delle quali anche di un fine gusto artistico, ma spesso messe poco in valore da una non perfetta tecnica di riproduzione.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo.

(Seduta del 5 maggio 1939-XVII)

Presidente: Prof. S. LA FRANCA

Contributo alla conoscenza della innervazione dei vasi sanguigni artuali.

BURRUANO C. — L'O. ha studiato nel cane l'innervazione dei vasi sanguigni degli arti anteriori, usando il metodo sperimentale dell'eliminazione del simpatico. Dai risultati finora ottenuti, ritiene esatta l'opinione di tutti quegli AA., che ammettono, nei vasi artuali, l'esistenza d'una ricca e lunga rete nervosa, la quale si può seguire direttamente dai vasi più grandi sino ai più fini.

Sui nucleoproteidi batterici sottoposti all'azione combinata dell'aldeide formica e del calore.

GENTILE F. — Sottoponendo, con diverse modalità, i nucleoproteidi estratti dal vibrione del colera all'azione combinata dell'aldeide formica e del calore, non si riesce a differenza di altri complessi provenienti dai batteri, ad annullarne nè ad attenuarne il potere tossico.

Influenza dell'ormone sessuale maschile sul beri-beri sperimentale.

LA GRUTTA L. — Si è messa in evidenza una netta influenza dell'ormone sessuale maschile (propionato di testosterone) sul corportamento della sintomatologia e del peso corporeo e sulla sopravvivenza sia in colombi maschi che femmine beri-berici. Anche la castrazione nei colombi maschi influisce nettamente sullo svolgimento della sindrome beri-berica.

Sull'importanza della biopsia del midollo osseo per l'accertamento diagnostico della malaria cronica.

INGRASSIA G. — L'O. illustra un caso di grave anemia con splenomegalia in soggetto che non presentava nè piressia nè parassiti malarici in circolo anche dopo l'azione di varî mezzi riattivanti. La biopsia del midollo sternale oltre a rilevare le condizioni funzionali del midollo osseo mise in rilievo la presenza di scarsi parassiti nel midollo. Lo stato di anemia regredì rapidamente con la sola terapia epatica.

Il Segretario: Prof. A. AMATO.

In uno dei prossimi Fascicoli pubblicheremo:

ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DEL DUODENO

LEZIONE CLINICA

del prof. ANTONIO GASBARRINI
direttore della Clinica Medica e Terapia Medica della R. Università di Padova.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'uso prolungato della zincoprotaminainsulina.

H. O. Mosenthal e M. F. Mark (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 1° luglio 1939) hanno voluto studiare gli effetti dell'uso prolungato di protamino-zinco-insulina. Complessivamente seguirono 114 casi. Ebbero buoni risultati in 101 (cioè nell'88,6 %), scarsi risultati in 9 (7,9 %) e risultati incostanti in 4 (3,5 %).

Nei casi in cui era necessario usare forti dosi di insulina, si usò la protamino-zinco-insulina più insulina comune. Le dosi massime consigliabili di protamino-zinco-insulina sono di 40-50 unità al giorno. Le dosi per i malati ospedalizzati possono essere maggiori che per quelli curati anche ambulatoriamente.

Per l'ora di somministrazione, ci sono molti casi in cui si nota maggior efficacia facendo l'iniezione la sera. L'uso di due iniezioni al giorno non ha nessun beneficio reale sull'uso di una sola iniezione.

L'effetto ideale dell'insulina si ha quando non occorre che una sola iniezione di protamino-zinco-insulina fatta la mattina, prima della colazione. Questo si ebbe nel 66,7 % dei casi studiati dagli AA.

La comparsa di acidosi è meno frequente nei malati curati con protamino-zinco-insulina che in quelli curati coll'insulina comune, mentre è invece più frequente la comparsa di fenomeni ipoglicemici, che sono favoriti dall'esercizio fisico.

I casi di diabete lieve si controllano senza difficoltà con 20 unità (o meno) di protamino-zinco-insulina. Quando occorrono da 20 a 40 unità, è bene dare un pasto serale contenente amido e proteine per evitare l'ipoglicemia che si potrebbe avere durante la notte. Nei casi in cui occorrono 40-50 unità, si riesce ad avere glicemia normale senza glicosuria solo durante la notte, mentre di giorno si ha iperglicemia e glicosuria.

Per usare con criterio la protamino-zinco-insulina è necessario sapere qual'è il tasso glicemico fra le 3 e le 6 a. m. e se si ha glicosuria post-prandiale e dopo quale pasto.

Se alla protamino-zinco-insulina si unisce l'insulina comune, questa va usata alla dose di 4 o 6 unità, che si aumenteranno di 2 unità per volta, se occorre, fino a giungere a 12-14 unità, una o due volte al giorno, prima dei pasti. L.

Trattamento chirurgico del diabete.

Brehant (*Journal de Chirurgie*, n. 2, 1939) scrive una rivista sintetica molto accurata di tutti i tentativi sperimentali di cura chirurgica del diabete, e delle applicazioni già realizzate con diverso successo nella pratica clinica.

L'A. esprime l'opinione che, per quanto la cura chirurgica del diabete in qualsiasi maniera attuata, attraversi tuttora il suo periodo di prova, la sua applicazione non è teoricamente inaccettabile specie nei casi in cui la malattia ha una tendenza altamente evolutiva, o quando la cura medica non dà risultati soddisfacenti.

Tra le varie operazioni proposte, dirette sia a rinforzare l'azione del complesso neuro-endocrino a funzione ipoglicemizzante (vago, pancreas, ghiandole salivari) sia a deprimere l'azione del complesso funzionalmente iperglicemizzante (simpatico, surreni, tiroide) l'A. segnala che, allo stato attuale delle applicazioni pratiche, i risultati più cospicui e probatori debbono riconoscersi alla splancnicectomia bilaterale. Ricchissima bibliografia.

G. CARABBA.

Cirrosi e carenze alimentari.

G. Marañon, C. Richet, A. Pergola e J. Lesneur (*Revue Médico-Chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancréas et de la Rate*, gennaio-febbraio 1939) come già in altre loro precedenti pubblicazioni, tornano ad insistere sull'importanza delle carenze alimentari (in sali, in aminoacidi, in vitamine) per lo sviluppo dei vari sintomi della cirrosi epatica.

Come è noto, carenze alimentari si possono avere per insufficiente digestione, per assorbimento intestinale diminuito o anche per insufficienza epatica. Orbene nella cirrosi l'alimentazione spesso scarsa, difettosa e mal equilibrata, la digestione sempre insufficiente, il transito intestinale per lo più accelerato, l'insufficienza epatica sono tutte condizioni capaci di determinare una pluricarenza.

A parte alcuni casi in cui la cirrosi si accompagna ad una chiara sindrome di avitaminosi, si può considerare eccezionale il fatto di osservare un cirrotico in fase avanzata di malattia che non presenti un certo numero di segni di carenze alimentari. Infatti nel comune cirrotico noi osserviamo l'edema e spesso un colorito brunastro della pelle, la diminuzione delle funzioni genitali, l'anemia con tendenza alle emorragie, spesso le polinevriti agli arti inferiori. Orbene l'edema è una manifestazione banale nelle carenze, come dimostra il Beriberi; le manifestazioni cutanee (perdita di elasticità, colorito brunastro rubefazione facile) sono segni che si riscontrano nei pellagrosi, i quali, come i cirrotici, sono degli anacloridrici con disturbi nervosi e digestivi ed attualmente considerati come individui in cui vi sia carenza di alcuni aminoacidi e di vitamina B_2 e P; i disturbi delle funzioni geni-

tali possono essere messi in rapporto a carenza in vitamina E; la sindrome anemica può essere in relazione con la carenza di sali, aminoacidi e vitamine. Del resto anche i buoni risultati dati dalla terapia della cirrosi con vitamine e con estratti epatici appoggia questo modo di vedere.

Gli AA. concludono perciò sostenendo che molti dei sintomi della cirrosi sono di origine carenziale e che, se si fa astrazione da alcuni disturbi meccanici, dalle alterazioni del metabolismo delle sostanze energetiche e dalle modificazioni della secrezione e dell'escrezione biliare, si potrebbe scrivere: cirrosi = gastroenterite etilica + sindrome pluricarenziale.

F. TOSTI.

Infezioni stafilococciche e avitaminosi.

J. Patel (*Journal de Chirurgie*, n. 3, 1939) comincia questo interessante articolo con il fare un'analisi obiettiva di tutte le ricerche compiute allo scopo di precisare l'azione antiinfettiva che spetta alle vitamine. I risultati ottenuti fino ad oggi non autorizzano a dare alla carenza in vitamine un posto preponderante tra i fattori predisponenti. Non può essere dimostrato che l'avitaminosi giuochi una parte diretta nel determinismo di una infezione generale grave, nè attendere dei buoni effetti da una vitaminoterapia.

Per contro, non si può negare che le deficenze sopratutto in vitamine B e C, sono spesso nocive in modo indiretto. Esse agirebbero determinando alterazioni dei tessuti che per i germi circolanti costituiscono una specie di appello per cui potrebbe venire favorita la loro pullulazione in situ.

In altre parole la nozione patogenica dominante, di cui Leriche recentemente ne sottolineava l'importanza, è quella di ipovitaminosi locale.

P. VISALLI.

Herpes zoster e vitamina B_1.

La vitamina B_1 è stata consigliata, per le sue proprietà antineuritiche, in molte malattie del sistema nervoso. Stevenson se ne servì in 18 casi di sciatica e 14 di neurite ed ebbe nel 40 % dei casi scomparsa dei sintomi, nel 37 % notevole miglioramento e nel 23 % miglioramento lieve o discutibile.

Stern curò con iniezioni endorachidee di vitamina B_1 28 casi di dolori intrattabili e di malattie infiammatorie e degenerative del sistema nervoso centrale e precisamente cancro inoperabile, m. di Recklinghausen, sclerosi multipla, ulcera duodenale con tubercolosi polmonare, morbo di Paget, nevrite alcoolica, spondilite, degenerazione delle vie piramidali, beriberi, prurito anale e vulvare. In tutti i casi ebbe miglioramento nel senso che il dolore o scomparve o si attenuò.

H. Rattner e H. C. Roll (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 24 giugno 1939) usarono la vitamina B_1 nella cura di 16 casi di erpes zoster, e non ebbero risultati incoraggianti, perchè i risultati non differirono affatto da quelli ottenuti colle cure consuete.

L.

Deficienza di vitamina B_2.

Pallister e Landor descrissero nel 1935 una malattia caratterizzata negli stadi iniziali da eczema dello scroto, stomatite e dolenzia della lingua e guaribile rapidamente col lievito. Questa malattia era stata osservata nelle prigioni di Malaga e fu messa in rapporto con deficenza di vitamina B_2.

I. V. Landor (*Lancet*, 17 giugno 1939) in dieci casi osservati nel 1938 somministrò acido nicotinico alla dose di gr. 0,50 al giorno per 14 giorni; 4 malati peggiorarono, 4 erano invariati, 2 erano lievemente migliorati. La successiva somministrazione di lievito diede invece in tutti miglioramento rapido in tre giorni.

Secondo Stannus la malattia descritta da Pallister e Landor è certamente di natura pellagrosa. Segni pellagrosi iniziali sono la stomatite e l'eczema dello scroto e segni di malattia dichiarata sono i disturbi della vista, della sensibilità (parestesie), della deambulazione (spasticità) e l'esagerazione dei riflessi tendinei, mentre mancano la dermatite degli arti, la diarrea, i disturbi mentali e l'anemia macroscopica.

Il Landor fa notare che la forma da lui descritta non è curabile coll'acido nicotinico quindi è una deficienza del complesso vitaminico B_2 con esclusione dell'acido nicotinico.

L.

Disturbi del puerperio, loro prevenzione e cura.

I tre sintomi principali di un puerperio anormale sono le emorragie, la febbre e l'alterazione di lochii (W. Benthin, *Mediz. Welt*, 6 maggio 1939). Le anomalie del puerperio si evitano soprattutto toccando poco la partoriente, astenendosi da interventi operativi e sorvegliando il periodo post-partum in cui si cercherà di ottenere una espulsione spontanea della placenta. Per lo più le infezioni sono date da germi che già prima del parto esistevano nel secreto vaginale. Infezioni esogene si hanno soprattutto se nell'ambiente vi sono persone con malattie febbrili e con focolai streptococcici aperti (angine, otiti, mastiti, ecc.). Quando esista il sospetto di una infezione, la puerpera dovrà rimanere a letto. Ciò non significa però che essa non si debba muovere: alcune febbri sono date solo da ristagno dei secreti lochiali, in tal caso basta spesso il cambiamento di posizione o il mettersi a sedere sul letto per eliminare il male. Si baderà a una buona evacuazione della vescica e dell'intestino: e particolarmente a che l'utero sia vuo-

to, condizione indispensabile per una sua buona contrazione. A distanza dal parto ci si asterrà dalla spremitura alla Crèdé, si otterrà lo svuotamento con la vescica di ghiaccio, con la segale e con l'ergotina. Il prontosil è prezioso sia per la profilassi che per la terapia (due compresse 3 volte al giorno). Molto utile è la applicazione rettale (sospensione di 20 compresse, somministrazione per 3 giorni, in 3-4 dosi al giorno). La prognosi, grave a malattia avanzata, è in genere buona fino a che il processo infiammatorio resta limitato all'utero.

Le emorragie possono dipendere o da una ritenzione di resti placentari oppure da infezione: nel primo caso esse seguono immediatamente al parto, nel secondo esse sono tardive. Le emorragie da infezioni cessano con il migliorare di quest'ultima. Le emorragie da ritenzione sono più gravi, perchè quasi sempre esiste febbre, indice che il contenuto uterino è stato invaso da germi, spesso streptococchi. Il distacco dei resti placentari è allora pericoloso quanto un intervento attivo nell'aborto febbrile: si seguiranno quindi gli stessi criteri come in quest'ultimo. L'esperienza ha dimostrato che la prognosi è migliore se si attende lo sfebbramento prima di svuotare l'utero: si interverrà subito solo se le emorragie sono imponenti e lo stato di anemia già notevole o se esiste un polipo placentare in statu nascendi.

P.

Voluminoso fibroma edematoso diagnosticato per cisti ovarica.

I. Clivio (*La Clinica ostetrica e Ginecologica*, luglio 1939) riferisce un interessante caso riguardante una signora di 48 anni, nullipara, sposata da 25 anni, la quale aveva negli ultimi due anni notato un graduale aumento di volume dell'addome che era giunto ad avere uno sviluppo pari a quello di una gravidanza verso il termine. La p. non accusava nessun altro disturbo. L'esame esterno e ginecologico della donna, difficoltato dalla pinguedine della stessa, metteva in evidenza nell'addome una massa voluminosa, a superficie regolare, tondeggiante, elastica; non si riuscì a stabilire con sicurezza se la massa facesse o no parte dell'utero. Fu diagnosticato cistoma ovarico pseudo-mucinoso con prevalenza a piccole cisti a contenuto denso e fu praticato un intervento chirurgico che invece rivelò trattarsi di un voluminoso fibroma sviluppatosi intorno al fondo dell'utero.

L'esame istologico depose per un fibromioma con prevalenza del tessuto fibromuscolare sul connettivale.

L'intervento operativo riuscì alquanto indaginoso per il volume del tumore e per le sue connessioni, ma il decorso post-operatorio fu buono e la malata potè uscire guarita dalla Clinica.

F. Tosti.

MEDICINA SCIENTIFICA

Le variazioni della glicemia provocate dalla beta-fenil-amina.

Le ricerche di L. Rosselli Del Turco (*Rivista di Clinica Medica*, n. 2, 1939) hanno condotto a concludere come nel 75 % dei soggetti sani 20 mgr. di simpamina iniettati sotto cute determinino un aumento della glicemia, per quanto più lieve di quello indotto da dosi nettamente più basse di adrenalina. È però assai meno sentito l'aumento della glicemia venosa (talora anzi questa diminuisce) che non quella della glicemia capillare: ciò depone per una migliore utilizzazione del glucosio ematico da parte dei tessuti.

Mentre l'ergotamina da sola non provoca nei sani che lievi e non univoche oscillazioni glicemiche, 1/4 di mgr. iniettato contemporaneamente a 20 mgr. di simpamina non riesce ad impedire (anzi talora l'aumenta) la iperglicemia capillare simpaminica, a differenza di quanto avviene per quella provocata dall'adrenalina, e per di più produce la scomparsa di ogni differenza fra glicemia capillare e glicemia venosa, in quanto diminuisce la capacità dei tessuti ad utilizzare il glucosio.

Nei diabetici, per quanto i casi studiati siano pochi, sembra di poter affermare come l'iperglicemia provocata dalla simpamina sia minore che nei sani o, addirittura, assente o anche sostituita da una diminuzione del valore glicemico di partenza. Le variazioni determinate da simpamina + ergotamina sembrano però avverarsi nello stesso senso osservato nei sani. Tutto conduce dunque a ritenere che — se simpamina può provocare nel sano una lieve iperglicogenolisi epatica e una migliore permeabilità dei capillari al glucosio ematico, così che sia facilitata l'utilizzazione di questo da parte dei tessuti — in questi fatti si trovi la spiegazione dell'aumento della attività muscolare e — forse per un più facile allontanamento dell'acido lattico dal muscolo affaticato e una sua più rapida resintesi in glucosio — anche della scomparsa del senso di fatica che l'uso di simpamina porta con sè.

L'aggiunta dell'ergotamina, invece — a controprova di questa spiegazione — porta con sè prostrazione e stanchezza, conseguenze di una diminuita utilizzazione del glucosio da parte dei tessuti. L'azione della simpamina sul ricambio idrocarbonato avverrebbe, in parte almeno, per via del simpatico, pur non potendosi escludere un'azione diretta sulle cellule epatiche, le fibre muscolari e i tessuti in genere. Quanto al punto di attacco (terminazioni nervose intraepatiche o intramuscolari, sinapsi gangliari o centri vegetativi superiori) la sua determinazione richiederà altri studi, ma l'A. ritiene che si possa ammettere, — analogamente a quanto già altrove ha detto nei riguardi dell'azione antiipnica — che, almeno in parte, esso sia diencefalico.

A. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

L'ordinamento della Cassa di Previdenza per le pensioni di Sanitari.

La *Gazzetta Ufficiale* pubblica la legge 6 luglio 1939 che approva l'ordinamento della Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari.

La legge, divisa in titoli e capi, si compone di 79 articoli; ad essa sono allegate varie tabelle. La legge stabilisce, tra l'altro che la Cassa di Previdenza per le pensioni dei sanitari ha sede in Roma. Essa provvede alle pensioni ed alle indennità: *a*) dei medici chirurgi e dei veterinari dipendenti dai Comuni; dalle provincie e dalle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza; *b*) dei medici chirurgi e veterinari dipendenti dallo Stato, i quali non abbiano altrimenti diritto a pensione a carico dello Stato; *c*) dei medici chirurgi e veterinari contemplati dalle disposizioni speciali per l'Africa Italiana ai quali non compete altro trattamento di quiescenza o di previdenza in applicazione delle disposizioni medesime. La rappresentanza legale e la responsabilità di gestione della Cassa di Previdenza spettano al direttore generale della Cassa Depositi e Prestiti e degli Istituti di previdenza. L'iscrizione alla Cassa è obbligatoria per i sanitari suddetti i quali, nominati regolarmente prima della entrata in vigore del presente ordinamento percepiscono uno stipendio annuo inferiore a lire mille, anche se corrisposto da uno o più Enti e che non abbiano servizi anteriori alle date seguenti: *a*) al 1° gennaio 1899 per i medici dei Comuni, dei Consorzi dei Comuni, delle provincie, dei Consorzi di provincie e dello Stato; *b*) al 26 luglio 1902 per i veterinari dei Comuni e dei Consorzi dei Comuni; *c*) al 21 marzo 1904 per gli ufficiali sanitari; *d*) al 1° agosto 1909 per i sanitari dipendenti da istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, purchè abbiano diritto a stabilità nonchè per i sanitari addetti ai dispensari celtici ed ai laboratori comunali e provinciali di igiene e profilassi; *e*) al 1° gennaio 1923 per i sanitari contemplati dalle disposizioni speciali per l'Africa Italiana ai quali non competa altro trattamento di previdenza o di quiescenza; *f*) al 1° luglio 1924-II per i sanitari degli Enti sopraindicati compresi nei territori già soggetti all'ex-impero austro-ungarico; *g*) al 22 aprile 1925-III per i sanitari degli Enti sopraindicati compresi nel territorio del già Stato Libero di Fiume; *h*) al 25 agosto 1934-XII per i sanitari addetti ai Consorzi provinciali antitubercolari; *i*) alla data di costituzione dell'Ente consorziale fra Comuni e Provincie eventualmente con partecipazione di altri Enti e di privati. Il contributo dei sanitari iscritti alla Cassa è stabilito in lire 600 annue oltre un contributo annuo straordinario di lire 200 fino a nuova disposizione. La pensione è liquidata in lire 2000 e in casi speciali in lire 2500 e in lire 5000 secondo l'applicazione della tabella unita alla legge. Vengono poi stabilite le norme per la pensione alla vedova del sanitario e alla prole. Le disposizioni della presente legge hanno vigore dal 1° gennaio 1938-XVI.

CONCORSI.

Posti vacanti.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto-Specialista in Radiologia e Terapia fisica. Stip. annuo 5000. Esami: scritto su argomenti di radiologia medico-chirur.; clinico-radiologico in un infermo, pratico sullo strumentario. Età massima 35 con le proroghe consuete. Diploma di specializzazione o titolo equipollente. Curriculum ed elenco documenti e titoli in 6 esemplari. Scad. ore 17 del 9 ottobre. Chiedere informazioni alla Segreteria spedali (Ospedale di S. Martino).

PIACENZA. — Presso il Consorzio antitub. di Piacenza, è aperto il concorso per Assistente sanitaria visitatrice della Sez. Dispensariale di Fiorenzuola d'Arda. Stip. annuo 7000 aumentabili; età massima 40. Scad. ore 12 del 16 sett. Informazioni e schiarimenti alla sede del Consorzio, presso l'Amministrazione provinciale, Via Garibaldi 50, Piacenza.

ROMA. *2 Concorsi per gli Istituti Ospitalieri.* — Sono aperti i concorsi per « titoli » e per « esami » congiuntamente per la nomina del capo servizio di biologia sperimentale e dell'assistente medico analista dell'Istituto Regina Elena per lo studio e la cura dei tumori, nonchè di due assistenti dermosifilografi dell'Istituto Ospitaliero Dermosifilopatico di Santa Maria e San Gallicano di Roma. Per le modalità, ed altre condizioni, vedere nel precedente n. 34.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni.

La Soc. dei patologi tedeschi tiene il suo Congresso dal 27 al 30 agosto, sotto la presidenza di W. Fischer. Tema principale di relazione: « Malattie articolari traumatiche ». Relatori: Magnus e Schürmann. Fra i numerosi partecipanti, vi sono anche degli italiani.

La Società internazionale di gastro-enterologia sta organizzando il III Congresso per l'anno prossimo. Temi: 1) Rapporto reciproco dei disturbi sanguigni e di quelli gastrici. 2) L'ileite regionale. La trattazione del primo tema è stata affidata all'Italia ed agli Stati Uniti.

Il Congresso si terrà a Londra dal 15 al 18 luglio 1940. Per informazioni, rivolgersi al Segretario del Comitato naz. italiano, prof. Paolo Alessandrini, via Alberico II, n. 33, Roma.

È stato pubblicato il programma del VII Congresso internazionale contro il reumatismo, che si terrà a New York, Philadelphia e Boston dall'1 al 10 giugno 1940. I temi da trattarsi sono: Infezione (Processi focali), Nutrizione, Trattamento. Oltre alla visita all'esposizione internazionale, che sarà ancora aperta, l'Associazione medica americana ha organizzato un'esposizione scientifico-medica. Per informazioni, rivolgersi all'Ufficio internazionale Keizergracht 489-491, Amsterdam.

L'Istituto Italiano per il Medio ed Estremo Oriente comunica che il termine per la presentazione degli scritti partecipanti al « Concorso Massimo Piccinini » 1939, sul tema « Medicina orientale antica e moderna », è prorogato dal 28 ottobre 1939-XVII al 21 aprile 1940-XVIII, per consentire agli italiani residenti nell'Estremo Oriente di partecipare al concorso stesso.

Il 1° ottobre prossimo avrà luogo in Padova il IX Convegno regionale della Sezione Veneta della Fed. ital. naz. fasc. per la lotta contro la tubercolosi.

Tema di relazione: « Prevenzione dell'invalidità e possibilità di ricupero della capacità lavorativa nelle varie forme di tubercolosi osteoarticolare ». Relatore prof. Sandro Marconi; correlatori dott. Sannio Bravetti e Gastone Galluzzi.

I temi delle comunicazioni, che devono riferirsi ad argomenti d'indole scientifica o sociale nel campo della lotta contro la tubercolosi, devono essere inviati al Delegato Regionale unitamente ad un riassunto ed alle conclusioni non oltre il 15 settembre.

Gli iscritti riceveranno una copia degli atti e potranno partecipare a tutte le manifestazioni organizzate dal Comitato ordinatore.

È aperta l'iscrizione alla Scuola Convitto « S.ta Caterina », in Genova, per il « Concorso di allieve infermiere e Corso di abilitazione a funzioni direttive », con la retta mensile di L. 150 e facilitazioni per il pagamento. Presentazione delle domande entro il 31 agosto. Chiedere informazioni alla Direzione Sanitaria degli Spedali Civili, in Genova.

Corso bimestrale di igiene pratica per aspiranti ufficiali sanitari presso la R. Università di Milano.

Venerdì 3 corr. a. avrà inizio presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Milano (via Ospedale, 3) il Corso bimestrale di Igiene pratica per laureati in medicina, in veterinaria ed in chimica farmacia.

Il Corso comprenderà lezioni teoriche e pratiche ed una serie di visite alle più importanti istituzioni igienico-sanitarie cittadine.

Le domande di ammissione dovranno presentarsi alla Segreteria Medica della R. Università di Milano (corso Roma, 10).

Un Istituto di medicina industriale in Sardegna.

L'« Agenzia di Roma » informa che è quasi pronto a Iglesias in Sardegna un importante Istituto di medicina industriale il quale inizierà il suo funzionamento nel settembre prossimo, e che avrà per caratteristica principale lo studio più serio e scrupoloso dei problemi concernenti la prevenzione e il controllo delle malattie professionali da polvere.

Una propaganda e un'opera sistematica va svolgendo anche l'Ente Nazionale di Propaganda per la Prevenzione degli Infortuni per lo studio e la prevenzione della silicosi, malattia provocata, com'è noto, dalle polveri silicee.

Medici interpreti per i Congressi scientifici dell'E. 42.

L'Istituto nazionale per le relazioni culturali con l'estero si occupa attivamente della preparazione dei congressi internazionali che avranno luogo a Roma durante la « E. 42 ».

Poichè è ormai accertato che numerosi congressi internazionali potranno essere presenti in tale periodo, nel campo delle scienze medico-biologiche e delle loro applicazioni, fin da ora l'Istituto predetto si occupa di assicurare un servizio di interpreti e di traduttori competenti.

Dato che per la medicina, la biologia, l'igiene sembra molto difficile trovare fra gli interpreti e i traduttori di professione quella competenza specifica che solo il medico o il biologo possono avere, l'I. R. C. E., per il tramite del Sindacato nazionale fascista dei medici, invita i competenti medici nelle rispettive discipline e che siano nel tempo stesso perfetti conoscitori delle singole lingue ufficiali ammesse ai congressi (italiano, francese, inglese, tedesco, spagnuolo) a comunicare se accettino, in linea di massima, di prestare il loro servizio come interpreti durante le sedute dei congressi riguardanti le materie scientifiche di loro competenza.

Naturalmente il servizio di questi interpreti verrebbe ad integrare quello degli interpreti e traduttori di professione e sarebbe retribuito con indennità di missione o speciali compensi. La durata del servizio di tali interpreti sarebbe scelta da loro stessi e verrebbe tenuto conto, nei limiti del possibile, delle loro eventuali preferenze per alcuni congressi. I medici interessati sono invitati a trasmettere la loro adesione di massima al Sindacato nazionale fascista dei medici, via Toscana n. 5, Roma.

Specialità medicinali per le Mutue di malattia dei lavoratori dell'industria.

Il nuovo Statuto delle Mutue dei lavoratori dell'industria prevede la formazione, di intesa con le due Confederazioni interessate di un elenco di specialità medicinali, indispensabili con i comuni preparati galenici, di cui sarà ammessa la somministrazione gratuita agli iscritti alle stesse Mutue.

Poichè tale notizia ha richiamato l'attenzione di tutti i produttori di specialità medicinali, che da qualche tempo, attraverso i loro rappresentanti, si rivolgono alla Federazione delle Mutue dei Lavoratori dell'industria sottoponendo richiesta per l'ammissione dei loro prodotti, riteniamo opportuno far presente quanto segue:

« L'elenco delle specialità verrà a suo tempo predisposto da una apposita commissione di cui faranno parte oltre ai tecnici medico-farmacologi i rappresentanti sindacali interessati. La predetta commissione stabilirà dal punto di vista terapeutico e farmacologico quali dovranno essere i preparati da includere nell'elenco stesso e che saranno distribuiti attraverso le farmacie del Regno. Le decisioni adottate saranno sottoposte all'approvazione degli organi superiori competenti ».

È quindi fuori luogo ogni pressione da parte dei rappresentanti dei produttori nei confronti della Federazione e dei suoi Uffici Provinciali.

Volo Umano Naturale.

Il Comitato Nazionale per il *Volo Umano Naturale*, informa che le Gare per modelli volanti, le prime che vengono effettuate nel Mondo, ad ali battenti non saranno più rinviate.

Pertanto il termine ultimo per la presentazione delle domande alla Presidenza del gran Comitato a Torino — Roma, piazza Vittorio Veneto, 1 — resta fissato inderogabilmente al 20 settembre prossimo e le Gare avranno luogo nel successivo mese di ottobre, e nei giorni che saranno pubblicamente indicati ed anche comunicati ai partecipanti, a seguito delle prove preliminari che essi avranno sostenute, davanti ad apposita competente Commissione del predetto Comitato.

I regolamenti per la Gara e per il Concorso, rispettivamente coi relativi premi di Lire *quindicimila*, e di *un milione*, sono inseriti nel Bollettino Ufficiale, testè pubblicato dal Comitato stesso e che ognuno può avere rivolgendosi alla Presidenza del V.U.N. in piazza Vittorio Veneto, 1.

I vincitori del concorso "Premi di laurea Lepétit"

Il Comitato per la Medicina del Consiglio Nazionale delle Ricerche, esaminata la Relazione della Commissione giudicatrice del Concorso Premi di laurea Lepétit per l'anno accademico 1938-1939, dichiara vincitori del Concorso, i seguenti 10 concorrenti, le cui tesi sono state giudicate perciò degne di premio: 1. Mario Brotto: Sulla patogenesi della leucemia trasmissibile dei polli. Ricerche sulle localizzazioni del virus e sul meccanismo di formazione dell'infiltrazione leucemica extra midollare (Istituto di Clinica Medica Generale della R. Università di Pavia); 2. Tullio D'Amora: Il Gozzismo endemico nella penisola sorrentina (Istituto di Patologia Chirurgica e propedeutica - Clinica della R. Università di Napoli); 3. Luca Bitossi: Recenti acquisizioni relative alla analgesia articolare nel campo dell'ortopedia (Osservazioni Cliniche e Sperimentali - Istituto Ortopedico Toscano); 4. Alverio Setzu: L'aneurisma dissecante (Contributo morfologico e sperimentale) (Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Cagliari); 5. Elena Conestabile Della Staffa: I complessi lipoproteici del siero nell'infezione vaccinica: loro comportamento nelle diverse fasi di sviluppo dell'infezione (Istituto di Clinica Medica della R. Università di Roma); 6. Mario Spagazzini: Le Metropatie emorragiche delle vecchie (Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Padova); 7. Cesare Perondi: Ricerche sulla presenza dell'antigene di Forssmann nel bacillo di Koch (Istituto di Igiene della R. Università degli studi di Firenze); 8. Rizzo Ercole Mazzini: Sul riflesso psico-galvanico, contributo alla sua applicazione nella psicopatologia (Clinica Neuropsichiatrica della R. Università di Roma); 9. Marco Gaudola: Ricerche sulla reattività cutanea ad antigeni batterici (Clinica dermatologica della R. Università di Pavia); 10. Guido Montella: Le Ghiandole ed i Canalicoli parauretrali nel neonato (Istituto di Anatomia ed Istologia Patologica della R. Università di Napoli).

Un po' dovunque.

Il 12° Congresso dell'Associazione medica sud-Africana si è tenuto dall'11 al 16 luglio, a Port Elizabeth. Come la riunione annuale dell'Associazione sud-Africana per il progresso delle scienze, adunatesi immediatamente prima nella stessa città, ha trattato prevalentemente dello sviluppo dell'igiene preventiva e sociale nell'Africa del Sud.

Un congresso medico pan-americano di kinesiologia, è indetto a Buenos Aires, per la seconda quindicina di novembre; sarà il secondo della serie; il primo fu soltanto argentino. Iscrizioni gratuite; temi liberi; adesioni alla direzione di « Kinesiologia », Garslán 34, Buenos Aires.

Un corso di perfezionamento in fisiologia, clinica e igiene della prima infanzia sarà impartito dal 12 al 27 ottobre in Parigi, sotto la direzione dei proff. Lereboullet e Lelong, nella Clinica Perrot, Hospice des Enfants-Assistés (rue Denfert-Rocherau 74, Paris 14e).

Per incarico del Ministero degli Esteri si è recata in Albania una nuova missione sanitaria diretta dal prof. comm. Giovanni Orsi, direttore dei servizi di igiene e sanità di Napoli. Il prof. Orsi è accompagnato dai dottori Domenico De Simone e Natale Lo Judice.

Si è iniziata a Buenos Aires la pubblicazione di « Kinesiologia », rivista di kinesiterapia, educazione fisica e medicina sportiva, a periodicità trimestrale, diretta da D. F. Luna. Il primo fascicolo reca lavori di W. Knoll (lesioni sportive tipiche e loro trattamento); P. Heredia (secrezioni interne e sportismo), V. M. Terrizzano (massaggio medicamentoso) e materie varie. Sede: Garsilán 34, Buenos Aires.

L'ing. Achille Gaggia, in occasione della sua nomina a senatore, ha elargito, per opere di beneficenza, un milione di lire, di cui 400.000 all'Ospedale civile di Belluno e 150.000 a quello di Feltre.

Il dott. William Thomson ha celebrato il suo 104° compleanno, nella sua residenza di Bettel

Ohio, S.U.A. Questo medico ultra-centenario è duro d'orecchi e deve appoggiarsi a un bastone; ma conserva una larga clientela. Si vanta di avere assistito mille partorienti. Uno dei suoi nonni è morto a 105 anni; un altro a 97; la madre a 94; il figlio, pure medico, a soli 80 anni.

Vi sono agli S. U. A. circa 5000 medici negri con una popolazione negra di circa 13 milioni. All'ultimo Congresso medico era stata fatta la proposta di un'Associazione fra medici negri, distinta da quella dei bianchi. La proposta è stata respinta.

Verrà impiantato a Brema un Istituto di medicina tropicale, specialmente allo scopo di procedere alle vaccinazioni dei commercianti che si recano ai tropici, per l'assistenza ai marinai che ritornano in patria e per l'insegnamento dell'igiene tropicale.

In California è stata aperta una Casa di cura per ragazzi diabetici dai 7 ai 16 anni, dove essi soggiorneranno per un periodo di 2 settimane. Capacità 30 letti. Le spese sono sostenute dalla Società dei diabetici di San Francisco.

La Soc. Med.-Chir. Trevigiana si è riunita il 10 agosto. Vi sono state fatte comunicazioni dai soci: V. Pennati, G. Guglielmin, G. Ronfini, M. Bortolozzi, Tonello.

È stato istituito al Portogallo l'Ordine dei Medici. La « Presse méd. » (12 ag. 1939) pubblica il testo completo dello Statuto.

Alla Repubblica dell'Equatore vi è stata nei mesi di gennaio e febbraio la peste polmonare: 18 casi, con 17 morti. Le energiche misure adottate hanno potuto circoscrivere l'epidemia.

Negli anni 1937-38, si è avuta nella Svezia una recrudescenza di scarlattina, con una morbosità di 400 per 100.000 e letalità non molto elevata.

La « Pro Juventute » belga ha messo a disposizione delle quattro Università del Belgio il credito necessario per organizzare durante 7 anni l'esame medico degli studenti universitari, che si inizierà col prossimo anno e si farà a partire dal primo anno.

È stato progettato il nuovo Istituto di Anatomia patologica di Losanna, preventivando una spesa di fr. svizz. 1.450.000, in gran parte sostenuta mediante il lascito del Dr. Spengler (292.000 fr. sv.).

Re Gustavo di Svezia ha dedicato la sottoscrizione raccolta in occasione del suo 30° anno di regno (5 milioni di corone) alla fondazione di un Istituto per lo studio delle malattie paralizzanti (specialmente la poliomielite) ed alla lotta antitubercolare.

A Salonicco, una contadina che era stata colta da violenti dolori addominali, è stata sottoposta a laparatomia esplorativa, nel corso della quale fu rinvenuto nell'addome un paio di forbici dimenticatevi in occasione di un'operazione subìta una diecina di anni fa.

In Ungheria dal 1926 al 1936 il numero degli ospedali statali è aumentato da 9 a 31; quello degli ospedali distrettuali da 37 a 41; quello degli ospedali privati a carattere pubblico da 29 a 41; quello degli ospedali strettamente privati (o case di salute) da 62 a 109; ecc.; il numero dei pazienti assistiti in istituzioni ospedaliere è passato da 311.898 a 584.809.

In Ungheria l'Istituto nazionale d'igiene ha organizzato a Jank, una Stazione di lotta antimalarica, la terza del genere. Le due stazioni precedenti, di Latanye (1937) e di Mandok (1938), hanno condotto a buoni risultati, il che ha consigliato di estendere l'azione.

Sarà presto allestito in Grecia un Istituto della tubercolosi, dovuto alla generosità del sig. Constantin Sismanoglon; esso sorge a 6 km. incirca da Atene; potrà ospitare 300 malati; ne fanno parte un dispensario e grandi laboratori; sarà diretto dal prof. J. Valtis.

Dal 26 agosto al 2 settembre verrà celebrato, a Quebec, il 3° centenario di fondazione di quell'ospedale; esso coincide con l'istituzione della prima assistenza ospedaliera nell'America settentrionale. In tale occasione si terranno a Quebec due « Giornate mediche », il 30 e il 31 agosto.

Il Parlamento argentino ha approvato una legge che crea una Commissione incaricata di vigilare sulla salute fisica e morale dei fanciulli d'età scolastica. La Commissione dovrà curare il buon funzionamento dei servizi medici scolastici, le visite al domicilio degli scolari, la distribuzione gratuita di medicinali; è prevista la fondazione di Collegi. Si è stanziato un fondo di 7 milioni di « pesos » per la realizzazione del programma.

È deceduto il dott. Archibald Young, regio professore di chirurgia all'Università di Glasgow.

È morto a 82 anni il prof. EUGEN BLEURER, che fu titolare della cattedra di psichiatria di Zurigo, ove era succeduto a Forel; era uno dei più reputati psichiatri.

È deceduto il prof. EDGARD ZUNZ, direttore del Laboratorio di farmacodinamia e terapia dell'Università di Bruxelles.
I suoi lavori principali riguardarono la digestione dei protidi, la coagulazione del sangue, le proprietà delle proteosi, le secrezioni d'insulina e d'adrenalina, l'azione degli alcaloidi dell'oppio, i fenomeni d'adsorbimento e di tensione superficiale, gli effetti dei gas tossici ecc.

Le malattie infettive in Italia.

Numero dei Comuni colpiti e numero dei casi (fra parentesi)

Denunzie dal 10 al 16 luglio 1939-XVII (dati provvisori): Morbillo 297 (947); Scarlattina 82 (186); Pertosse 222 (710); Difterite 186 (411); Varicella 141 (244); Vaiuolo e vaiuoloide — (—); Febbre tifoidea e Infezioni paratifiche 350 (625); Febbre ondulante 100 (134); Dissenteria 18 (31); Parotite epidemica 80 (192); Febbre puerperale 21 (22); Meningite cerebro-spinale epidemica 19 (19); Poliomielite anteriore acuta 159 (236); Encefalite letargica 3 (3); Leishmaniosi 2 (3); Anchilostomiasi 5 (23); Rabbia: morsicature di animali rabbici o sospetti 66 (108), dichiarata 1 (1); Pustola maligna 20 (20); Pellagra 7 (16).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Forze San., 15 apr. — R. BOMPIANI. Profilassi della sifil. cong. — G. BENUSSI. Neurosi gastr.

Minerva Med., 21 apr. — V. CHINI e al. « Anemia mediterranea » o m. di Corley.

Gazz. d. Osp. d. Cl., 2 apr. — F. ROVELLO. Melanoflocculaz. di Henry.

Münch. Med. Woch., 28 apr. — H. ALBRECHT. Trattam. con ormoni sessuali.

Practitioner, magg. — Diabete mell.

Arch. Malad. App. Dig., ecc., 3. — J. BAUMEL e H. SERRE. Stenosi pilorica d'origine vescicolare.

Giorn. di Batt. e Imm., apr. — U. PAGNINI. Infezione brucellare. — S. VILARDO. Fenomeni immunitari nell'anestesia novocainica.

Rif. Med., 29 apr. — F. CORELLI. Trasfus. di sangue conservato nelle armate in guerra.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussioni su: Neuropatie e gravidanza; Neoplasmi del testicolo; Pancreatite acuta; Trattam. del morbo d'Addison. Casistica.

Presse Méd., 29 apr. — RISER e al. Ipertensione endocranica nell'ipertens. arteriosa.

Bull. Méd., 29 apr. — Reumatismi.

Edinb. Med. Journ., magg. — J. W. MCNEE. Epatite.

Med. Klinik, 28 apr. — K. VOIT. Uremia. — H. MEESSEN. L'esperimento in anatomia patolog.

Journ. A. M. A., 15 apr. — A. T. WILSON e al. Sulfapirina nella polmonite. — A. A. WERNER. Climaterio maschile. — S. F. KITCHEN e al. Sierologia della malaria.

Quaderni dell'Allergia, dic. — D. GIGANTE. Reattività della cute agli estratti di fegato.

Minerva Med., 28 apr. — D. CAMPANACCI. Addome acuto malarico. — G. MACCHIOSO. Biborato di soda nelle affezioni acute delle vie biliari.

Arch. It. Sc. Med. Col. e Par., febb. — G. TARSITANO. Forme apigmentate del parassita malarico.

Deut. Med. Woch., 5 magg. — MÜLLER. Tumori cerebrali nell'infanzia. — DIENST. Il diabete risente l'azione delle vitamine B e C?

Brit. Med. Journ., 6 magg. — G. W. PICXERING. Male di testa sperimentale. — J. M. VAUGHAN. Trasfus. di sangue.

Lancet, 6 magg. — P. DEL RIO-HORTEGA MICROGLIO C .F. W. ILLINGWORTH. Emorragie nell'ittero.

Sang, 5. — S. LEBON e A. MANCEAUX. Le anemie della malaria acuta.

Riv. di Chir., mar. — E. REPETTO. Frattura della base del cranio.

Arch. J. B. I., mar. — A. MELLONI. Localizzazioni epatiche delle setticopioemie. — G. CASTROVILLI e U. IBERT. Intossicaz. sperim. da ossido di carb.

Journ. A. M. A., 22 apr. — La chinina nella miatonia e nella miastenia. — G. BALLANGER e al. Insuccessi del sulfanilamide.

Sperimentale, apr. — R. DAVOLI e S. JUCKER. Virus dell'influenza. — D. DONATI. Anafilassi, narcosi e prenarcosi.

Med. Klinik, 5 magg. — G. BÜTTNER. Ipotireosi. — H. RICHTER. Sordastreria.

Riv. di Pat. nerv. e ment., genn.-febb. — F. ACCORNERO. Istopatologia del sist. nerv. centr. nello shock insulinico. — L. RICCITELLI e N. LOLLI. Azioni della lattoflavina.

Presse Méd., 6 magg. — M. CHIRAY e H. MOLLARD. Impiego del testosterone.

Arch. It. di Chir., mar.-apr. — A. BASILE. I lipidi cellulari dello stomaco nell'ulcera gastr. — A. CAZZOLA. Infarto intestin.

Amer. Journ. Med. Sc., magg. — A. RAVIN e J. J. WARING. Dystrophia myotonica. — T. E. MACHELLO e al. Coriomeningite linfocitaria. — A. O. GESSEN e L. ELLER-BROOK. Tossicologia del fluoro. — H. BRUGSCH e J. P. PRATT. Diatermia e onde corte e ultra-corte.

Klin. Woch., 13 magg. — L. HEILMEYER. Ittero emolitico. — H. G. RIETSCHL. Tachifilassi. — H. HUNGERLAND. Variabilità individuale.

Rinasc. Med., 30 apr. — G. BARBERA. Ascesso polmonare da entamoeba histolyt. — J. ROUX. Origine dei tumori.

Arch. di Anat. e Ist. Pat., magg. — M. SINDONI. Il dotto toracico. — R. RONCOLINI. Miliare acuta.

Münch. Med. Woch., 19 magg. — A. STILL e al. Il k- strofantosid.

Indice alfabetico per materie.

Artriti e focolaio settico biliare . . . . Pag. 1559
Artriti (Poli —) Modificazioni del liquor » 1560
Bibliografici (Cenni) . . . . » 1567
Cirrosi e carenze alimentari . . . . . . » 1569
Diabete. Terapia chirurgica . . . . . . » 1569
Ferro (Il) per via orale nelle anemie . » 1556
Glicemia. Variazioni date dalla beta-fenil-amina . . . . » 1571
Herpes zoster e vitamina B_1 . . . . . » 1570
Lingua (Fibroma della) . . . . » 1554
Malaria cronica. Biopsia del midollo osseo . . . . » 1568
Nucleoproteidi batterici. Azione del formol . . . . » 1568
Ormone sess. masch. Influenza sul beri-beri . . . . » 1568
Ovarica (Cisti). Errore di diagnosi . . Pag. 1571
Pancreas. Litiasi . . . . » 1561
Pancreas. Necrosi acuta . . . . » 1566
Pancreas. Prova della secretina . . . . » 1562
Polmonite lobare. Trattam. con sulfamidopiridina . . . . » 1531
Puerperio (Disturbi del). Prevenzione e cura . . . . » 1570
Stafilococciche (Infezioni) ed avitaminosi . . . . » 1570
Sulfamidopiridina (La) nella polm. . . » 1531
Tifo e paratifo. Trattamento . . . . . . » 1562
Vasi sanguigni degli arti. Innervazione . . . . » 1568
Vitamina B_2. Deficienza . . . . » 1570
Zincoprotamina-insulina. Uso . . . . . » 1569

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 4 Settembre 1939 - XVII — Num. 36

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:

	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 55 —	L. 65
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:

	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: M. Tripodi: Confronto fra due casi di anemia acuta grave (anemia tipo Lederer e mielosi aplastica globale).

Osservazioni cliniche: P. Orlandini: Sopra un caso di Bilharziosi intestinale trovato nella regione del bassopiano Etiopico al confine col Sudan Anglo-Egiziano. — S. Bile: Grave sindrome endocrino-simpatica guarita con quattro interventi chirurgici.

Sunti e rassegne: ORGANI DIGERENTI: E. Grafe: Forme e trattamento delle enteriti croniche. — J. Bottin: Gli infarti del mesentere e dell'intestino. — M. Ghezzi: Modificazioni ematologiche nei revisionati a distanza per ulcere gastriche perforate. — APPARATO CIRCOLATORIO: K. Gutzeit: Cura dietetica delle malattie del cuore e della circolazione. — E. Curtillet: L'embolia gassosa arteriosa.

Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Società Napoletana di chirurgia. — Società Medica della Libia.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Alcune considerazioni sul drenaggio delle vie biliari infette. — Chirurgia della cistifellea. — Interventi precoci nelle malattie biliari. — Nuovi metodi per lo studio della batteriologia del tratto urinario. — Trattamento rapido della blenorragia maschile. — Nuovi orientamenti nella cura dei processi infiammatori vulvo-vaginali. — Accidenti dell'aborto. — TECNICA MEDICA: La trasfusione di sangue conservato. — Sangue conservato. — L'uso di eparina nelle trasfusioni sanguigne. — MEDICINA SCIENTIFICA: L'avvelenamento da acqua.

Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Procedimento disciplinare. Contestazione. — Dimissioni. Revoca tempestiva. — Condizione giuridica dei medici di reparto delle ferrovie.

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE PRINCIPALE VITTORIO EMANUELE III DI TRIPOLI - REPARTO MEDICINA

Confronto fra due casi di anemia acuta grave (anemia tipo Lederer e mielosi aplastica globale).

Prof. M. TRIPODI, primario medico.

La rappresentazione di due casi di anemia acuta tanto differenti per l'esito e pur tanto somiglianti nel quadro clinico d'insieme, può essere utile alla compresione reciproca di questi quadri morbosi che per essere insoliti a riscontrarsi nella pratica cotidiana sfuggono ad una chiara individualizzazione nosologica, rendendo difficile l'orientamento del medico nel classificarli.

Non soccorrendo il criterio etiologico è naturale che le anemie primitive, come tante altre malattie, siano state raggruppate secondo il quadro ematologico ed istopatologico. Donde la sistemazione di queste anemie in capitoli differenti, per quanto alcune di esse siano già state riunite nello stesso capitolo da Di Guglielmo sotto il nome di mielosi eritremiche, avendo esse in comune fra di loro le manifestazioni ematologiche e il quadro anatomo-istologico.

Ma non è improbabile che una stessa causa etiologica possa dar luogo a differenti quadri ematologici, a seconda dell'intensità con la quale essa agisce e che perciò in avvenire malattie per ora disparate possano essere riunite nello stesso capitolo come varietà della stessa malattia.

A questo suggestione più difficilmente si sottraggono alcune emopatie i cui quadri clinici, come appare dai due casi che riportiamo, sono per molti punti sovrapponibili.

P. Angelo, S. Ten. del Genio, di anni 26. In Colonia dal dicembre 1936. Ha trascorso tutto il suo servizio nell'interno della Colonia, nei presidi del Sahara libico.

Nulla a carico del gentilizio ascendente e collaterale. Nato a termine soffrì da bambino i comuni esantemi dell'infanzia. A 8 anni soffrì la cosidetta «spagnola».

A 22 anni prestò servizio militare in Italia. Richiamato a sua domanda nel dicembre 1933, fu destinato in Tripolitania. Per ragioni del suo servizio si è spostato continuamente nelle varie regioni del Fezzan; conservando una salute eccellente fino al 24 gennaio del 1935, in cui cominciò ad avvertire senso di prostazione e malessere generale, dolore alla gola, febbre che si è iniziata senza brivido di freddo; la febbre nei giorni successivi si è mantenuta elevata, continua. Curato dal locale medico militare con preparati chininici non ha risentito alcun vantaggio, per cui rimanendo elevata la febbre ed aggravandosi le condizioni generali viene trasportato a Tripoli per via aerea da Seba.

Es. obbiettivo. — Individuo di tipo medio, di costituzione normale. Sensorio leggermente obnubilato. Decubito preferito il supino. Colorito pallido subitterico della cute e delle mucose visibili. Edemi assenti. Non efflorescenze cutanee. Scarso pannicolo adiposo. Masse muscolari discretamente sviluppate e toniche.

merosi eritroblasti orto e policromatici. Linfociti: 26 %; neutrofili: 56 %; eosinofili: 6 %; moniciti: 6 %; metamielociti: 4 %; mielociti: 2 %.

19-2-35. — Globuli rossi: 2.875.000; glob. bianchi: 4.500; H. B.: 45; V. glob.: 0.76. Pressochè invariata la formula leucocitaria e la normoblastosi.

7-3-35. — Globuli rossi: 3.200.000; glob. bianchi: 5.400; H. B.; 50; V. G.: 0,78. Discreta anisocitosi e poichilocitosi, scarsi normoblasti. Linfociti: 24 %; neutrofili: 68 %; eosinofili: 2 %; mielociti: 3 %; promielociti: 3 %.

28-3-35. — Globuli rossi: 4.300.000; glob. bianchi: 7.500; H. B.: 72; V. G.: 0.84. Scomparsi i normoblasti; la formula leucocitaria è ritornata normale.

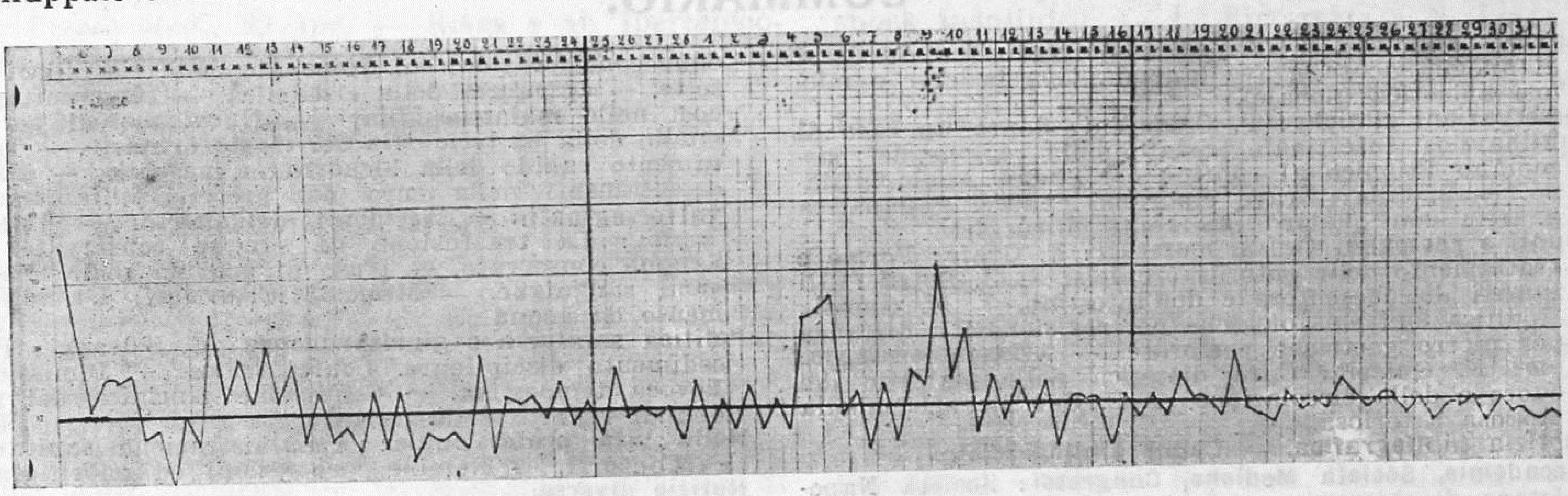
R. di Wasserman: negativa.

Siero agglutinazione per tifo paratifo e melitense: 6-2-35: negativa.

17-3-35: positiva per il micrococco di Bruce 1:100

19-3-35: positiva per il micrococco di Bruce 1:100

26-3-35: positiva per il micrococco di Bruce 1:100



GRAFICA I.

Cuore. — Impulso cardiaco in sede. Cuore nei limiti normali. Toni impuri alla punta. Soffio sistolico dolce sui focolai della base, dove si apprezzano anche scarsi sfregamenti.

Apparato respiratorio: normale.

Addome: leggermente meteorico, ben trattabile, indolente. La milza non si apprezza alla palpazione; limite superiore all'8° spazio intercostale.

Margine inferiore del fegato a qualche centimetro sotto l'arco costale.

Esami speciali. — Le orine non contengono nè albumina nè zucchero; sedimento negativo. Presenza di urobilina.

5-2-35. — *Sangue*: globuli rossi: 1.800.000; globuli bianchi: 13.000; emoglobina: 36; Val. glob. 0,97. Discreta anisocitosi e poichilocitosi; qualche emazia granulofilamentosa; numerosi eritroblasti: piastrine presenti, numerose. Linfociti: 12 %; neutrofili: 73 %; eosinofili: 2 %; monociti: 4 %; metamielociti: 6 %; mielociti: 3 %.

Reazione di H. van d. Berg: indiretta pronta.

Emocoltura negativa.

Esame delle feci negativo per ameba ed altri parassiti.

Esame del succo gastrico prelevato dopo il pasto di prova: ac. cloridrico libero: assente; ac. totale: 1,25%.

Esame radiologico del torace: negativo.

12-2-35. — Globuli rossi: 1.925.000; globuli bianchi: 4.200; emogl.: 35; Val. glob.; 0,91; policromatofilia, notevole anisocitosi e poichilocitosi: nu-

4-4-35: negativa.

24-4-35: negativa.

13-3-35: emocoltura negativa.

Prove emogeniche negative.

Diario: Nei primi giorni di degenza le condizioni generali si mantengono gravi e l'ittero diviene più intenso, l'urobilinuria si accentua. Con l'istituzione di un trattamento urotropinico per via endovenosa si ha la caduta della febbre e contemporaneamente un miglioramento delle condizioni generali. Le fauci fin dal primo giorno di degenza si presentano arrossate ma senza ulcerazioni; le gengive sono facilmente sanguinanti alla pressione. L'ittero col miglioramento delle condizioni generali si attenua progressivamente ed anche il pallore. La diuresi è buona con peso specifico 1015 a 1020.

La milza che non si palpa all'ingresso; si palpa verso il 30° giorno di degenza sotto l'arco, leggermente aumentata di consistenza, indolente. Il fegato deborda sempre di qualche centimetro dall'arco. Oltre l'urotropina si praticano ipodermoclisi di soluzione fisiologica ed iniezioni di estratti epatici. Il miglioramento è progressivo e l'infermo dopo le ultime poussées febbrili entra decisamente nella fase di convalescenza, mentre la sanguificazione rapidamente migliora.

L'infermo esce di Ospedale dopo due mesi di degenza in condizioni di sanguificazione quasi normali e in ottime condizioni fisiche.

A quattro anni di distanza, malgrado sia ritor-

nato ripetute volte nei presidi dell'interno l'infermo si trova in ottima salute e non ha più sofferto di ricadute nella sua anemia.

Serg. Magg. D. Enzo, di anni 23; sotto le armi dal 1933. Padre morto per tbc. polmonare contratta in guerra; madre e tre fratelli sani.

A. R. — Nessuna malattia degna di nota se si eccettua un'uretrite blenorragica contratta nel 1937 e guarito senza postumi.

A. P. — Ha risieduto per quattro anni a Ventimiglia ed è in Colonia da soli tre mesi. Non è stato nell'interno nè in località malariche. Da una quindicina di giorni astenia progressiva, dolori retrosternali, affanno negli sforzi, facili sudori, capogiri. Si è accorto nello stesso tempo di divenire pallido

Appetito buono, alvo regolare, mai febbre.

Es. obb. — Condizioni di nutrizione buona. Cute e mucose visibili pallidissime, di aspetto quasi cereo; piccole emorragie della grandezza di una capocchia di spillo, molto scarse, sulla cute dell'addome, del dorso e della superficie interna delle coscie.

Masse muscolari trofiche, ipotoniche; lingua pallida, detersa con papille appiattite, senza erosioni e cicatrici.

Cuore nei limiti. Toni deboli accompagnati sui focolai della base da soffio sistolico dolce.

Azione ritmica.

App. polmonare: negativo.

Addome: trattabile; milza e fegato nei limiti.

Orine: p. sp. 1020, limpide, nessun elemento patologico tranne piccole traccie di urobilina; eliminazione ureica normale.

R. W.: una prima volta dubbia con Meinicke e Citocol negativa; dopo riattivazione completamente negativa.

Es. ematologico (in data 5-5-38): globuli rossi, 1.300.000; globuli bianchi, 800; Emoglobina, 28; V. glob., 1.07. Formula: neutrofili, 31 %; eosinofili, 7 %; basofili, 1 %; linfociti, 50 %; monociti, 11 %. Leggera policromatofilia, discreta anisocitosi e poichilocitosi, qualche eritroblasto, rare piastrine isolate.

Resistenza globulare: leggermente aumentata: minima 0,35; massima 0,25.

H. van d. Berg: indiretta ritardata.

Tasso bilirubinico nel siero: unità H. v. d. Berg 1,35.

Es. del succo gastrico dopo colazione di prova: HCL libero assente; HCL combinato gr. 0,545 ‰; acidità totale gr. 0,657 ‰; acido lattico assente.

Es. delle feci: Ripetutamente negative per la presenza di sangue, di elminti, di protozoi e loro uova; leggermente positiva la reazione emoglobinica nelle feci.

Prove emogeniche. — Tempo di emorragia: fortemente allungato al di là di 1/2 ora; tempo di coagulazione: normale; retrazione del coagulo: normale; prova di Koch: negativa; prova del laccio: negativa.

Siero agglutinazione per tifo, paratifo e melitense: ripetutamente negative.

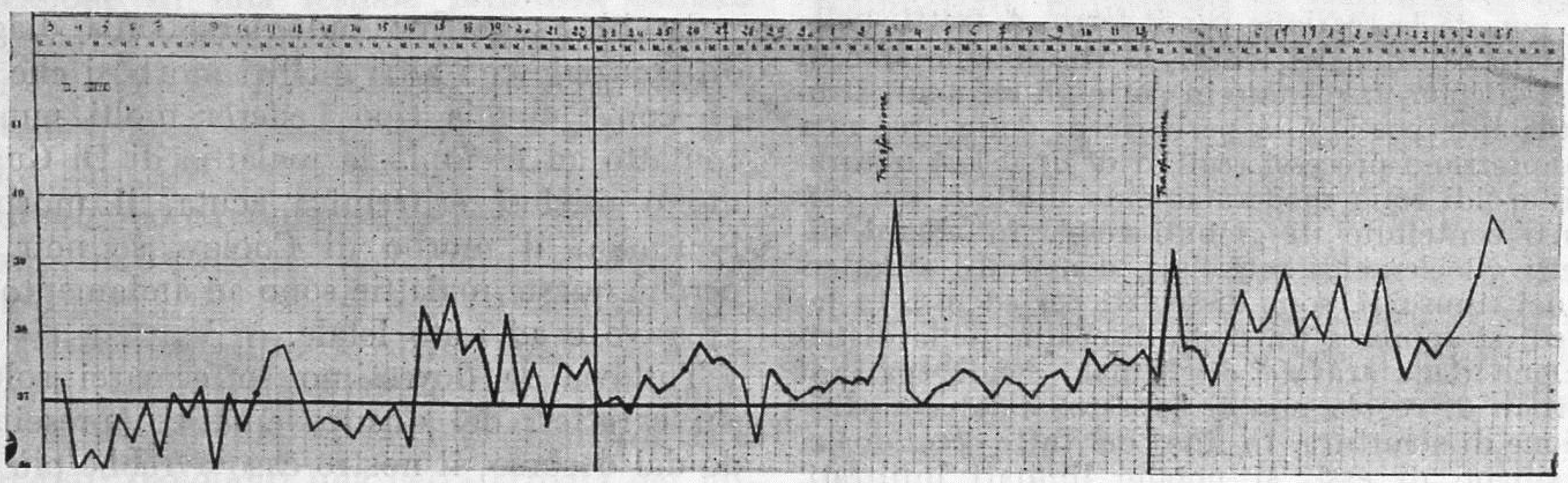
Emocoltura dopo due giorni di permanenza in termostato a 37°: negativa.

Radiografia del torace e del tubo digerente: negativa.

Nei primi giorni temperatura completamente apirettica.

Si inizia una cura di estratti epatici ad alte dosi. Le condizioni rimangono invariate.

Il 17-5-38, un nuovo esame di sangue dà: globuli rossi, 1.420.000; globuli bianchi, 2.200; emoglobina, 20; valore globulare, 0,71; pressapoco identica formula ematologica, qualche rara piastrina isolata.



GRAFICA II.

Si associa alla terapia epatica il ferro ad alte dosi.

Comparsa di una ulcerazione alla regione anale a base dura, infiltrata, dolentissima.

Il 27-5-38 (dopo 10 giorni) l'esame del sangue dà: globuli rossi, 1.240.000; globuli bianchi, 1000; emoglobina, 15; valore globulare, 0,62.

Non si riscontrano forme immature della serie rossa .Assenza quasi assoluta di piastrine.

Il 2-6 insorgenza di piccole emorragie gengivali.

Es. del sangue del 3-6-38: glob. rossi, 1.110.000; globuli bianchi, 200; HB., 11; V. G., 0.50.

Puntura dello sterno. — Vari globuli rossi, qualche eritoblasto e linfociti; non si mettono in evidenza forme parassitarie.

Il 3-6 trasfusione diretta di 500 cc. di sangue; immediatamente dopo la trasfusione euforia, ripresa delle forze, ritorno dell'appetito.

Il 5-6 comparsa di herpes labiale.

Il 6-6: glob. rossi, 1.650.000; glob. bianchi, 600; HB., 20; V. globul., 0.62. Nello striscio qualche elemento immaturo a tipo megaloblastico, rarissime piastrine.

Aggravandosi nuovamente le condizioni generali e lo stato di anemia si procede, il 13-6, ad una seconda trasfusione diretta di 350 cc. di sangue.

Es. sangue (17-6): glob. rossi, 1.070.000; globuli bianchi, 800; HB. 12; V. glob., 0.41.

Es. sangue del 22-6-39: globuli rossi, 1.100.000; glob. bianchi, 1.200; HB., 10; V. glob., 0.55.

Il 24-6 comparsa di dolore e di sanguinamento

delle gengive e tumefazione della ghiandola sottomascellare sinistra.

Il 25-6 imponente emorragia nasale che viene tamponata. Decesso nella stessa giornata.

Es. biopsico. — Si preleva dal cadavere un pezzo di fegato, la milza e un pezzo tibia comprendente la epifisi e parte della diafasi. Il midollo osseo è diffusamente giallo e all'esame per striscio si rinvengono solo dei globuli rossi e qualche raro linfocita.

Esame istologico (prof. Guccione).

Fegato. — La capsula fibrosa non è ispessita nè si rinvengono nel suo dominio focolai d'infiltrazione di qualsiasi natura. L'ordinaria architettura dell'organo è mantenuta. Le cellule epatiche dei singoli lobuli presentano gravi lesioni degenerative. Infatti, si presentano rigonfie, con citoplasma finemente granuloso, a volte vacuolizzato e con nuclei scarsamente colorati. Di frequente, nel citoplasma di gruppi di esse, in prevalenza nelle porzioni periferiche dei lobuli, si rinvengono numerosi, fini granuli di pigmento giallo-brunastro, che non dà la reazione per il ferro. A tratti, nelle porzioni centrali dei lobuli, si rinvengono aree di necrosi, che coinvolgono in parte gli elementi stromatici interposti. Alla periferia di dette aree non si apprezzano processi reattivi di qualsiasi natura. I sinusoidi sono moderatamente dilatati, ma con scarso contenuto di globuli rossi. In alcuni distretti gli elementi reticolari, distribuiti all'esterno dei sinusoidi, sono dissociati per edema. In tali sedi si apprezza un certo disordine nella distribuzione delle travate di Remak. Negli spazi di Kiernan di regola non si apprezza alcuna modificazione di struttura. In linea del tutto eccezionale, in singoli di essi, si notano limitati infiltrati, costituiti da elementi con nucleo piccolo, rotondeggiante, ipercromatico. Gli infiltrati non tendono a disporsi alla periferia dei vasi arteriosi e biliari.

Milza. — La capsula fibrosa e i setti che da essa si dipartono sono moderatamente ispessiti. I follicoli di Malpighi sono poveri di elementi linfatici, che a volte costituiscono esili mantelli alla periferia delle arterie corrispondenti, le quali sono sempre ben conservate. La riduzione degli elementi linfatici non si accompagna mai a processi reattivi da parte del reticolo interposto. I seni venosi sono in genere ristretti e privi di qualsiasi contenuto. Gli endoteli, che li delimitano, di frequente sono rigonfi e desquamati. Alcuni di essi contengono cellule mononucleate con nucleo rotondeggiante, ipercromatico, relativamente voluminoso in confronto della massa citoplasmatica circostante. I cordoni di Billroth sono ricchi di elementi cellulari, tra cui prevalgono cellule del tipo suddescritto; di esse alcune sono binucleate e in maggior numero cellule con nucleo piccolo, rotondeggiante, ipercromatico e scarso alone citoplasmatico.

Non si rinvengono cellule pigmentifere e globulifere.

Non è possibile rilevare altri dettagli istologici, essendo l'organo in fase di avanzata putrefazione.

Per quanto riguarda il primo caso non c'è dubbio ch'esso debba inquadrarsi in quel gruppo di anemie acute a cui appartengono i casi descritti per la prima volta da Lederer e successivamente illustrati sotto il nome di anemia emolitica acuta da Noël Fiessinger, Decourt e Laur, a cui debbono aggiungersi i casi descritti da Brill sotto il nome di anemia acuta infettiva.

Il nostro caso tutt'al più si discosta dall'anemia di Lederer per un valore globulare al disotto dell'unità in luogo di un valore globulare elevato e per una modica leucocitosi neutrofila ben presto sostituita da una leucopenia in luogo di una cospicua e costante leucocitosi. Ma per il resto, cioè per l'anemizzazione rapida in uno con lo stato febbrile, per l'intensa emolisi denotata dall'ittero e dall'urobilinuria, per il quadro ematico molto simile, almeno all'inizio, a quello dell'anemia perniciosa e soprattutto per l'esito in guarigione, il nostro caso coincide perfettamente con l'anemia di Lederer.

Sarebbe superfluo indugiarsi sulla diagnosi differenziale con altri quadri morbosi che hanno con l'anemia tipo Lederer molti punti di contatto ad esempio la malattia di Di Guglielmo o mielosi eritremica acuta, il morbo di Rautman, il morbo di Cooley, se non altro perchè queste malattie sono ad andamento progressivo e ad esito letale.

Tuttavia se dovessimo soffermarci soltanto sui caratteri del quadro ematico, prescindendo dal decorso, il nostro caso avrebbe più punti assomiglianti con l'anemia eritremica acuta che con l'anemia tipo Lederer; all'anemia eritremica acuta il nostro caso assomiglia infatti per la netta eritroblastosi, per il valore globulare inferiore all'unità e per la leucopenia che ha prevalso sulla leucocitosi, tipica invece e costante, se si effettua qualche caso riferito dal Greppi, nell'anemia tipo Lederer. È verosimile che la causa primitiva giustifichi, come vogliono alcuni autori, la differenza di decorso fra le due anemie, in una prevalendo l'emolisi per azione tossica primitiva sul sangue periferico e nell'altra l'alterazione dell'eritrogenesi midollare per azione tossica primitiva sul midollo.

Ma non è improbabile che l'agente infettivo esplichi la sua azione sugli organi ematopoietici più in via quantitativa che qualitativa, così da giustificare quadri ematologici che, come il nostro, stanno a cavallo fra l'una e l'altra forma morbosa, il cui decorso resterebbe quindi subordinato all'intensità più che alla qualità dello stimolo tossico e al fattore individuale che decide dell'andamento di ogni forma morbosa.

Il secondo caso caratterizzato, come si è visto, da eritropenia con assenza assoluta di segni di rigenerazione nell'ultima fase della

malattia, da leucopenia di grado estremo con granulocitopenia assoluta e relativa e linfocitosi relativa, da piastropenia con cifre al disotto di quelle cosiddette critiche di Franck, si sovrappone pei suoi punti più essenziali alla malattia che descritta per la prima volta da Ehrlich nel 1888, sotto il nome di anemia aplastica, si è arricchita in seguito di diversa terminologia (amielemia, amielia, panmieloftisi, aleucia emorragica, atrofia mieloide acuta), fino alla più recente di mielosi globale aplastica assegnatali da Di Guglielmo in base alla sua concezione unitaria della patogenesi della malattia, per cui la triade sintomatica essenziale del processo morboso (eritropenia, leucopenia, piastrinopenia) sarebbe espressione di una lesione primitiva globale del midollo osseo.

Unici elementi discordanti dal quadro tipico dell'anemia globale aplastica erano, nel nostro caso, la scarsa intensità dei fenomeni emorragici sopravvenuti solo imponenti a poca distanza dalla morte, malgrado l'intensa piastrinopenia, la urobilinuria da aumentata emolisi, l'esistenza all'inizio della nostra osservazione di poichilocitosi con leggera policromatofilia e la presenza in circolo di eritroblasti, segni tutti denotanti una certa attività del midollo osseo.

Nella letteratura sono già riferiti casi che si discostano alquanto dal quadro tipico della malattia. A parte il fatto che nella letteratura tedesca e anglosassone la denominazione di anemia aplastica viene applicata a qualsiasi sindrome aplastica con diatesi emorragica e che anche nei più recenti trattati francesi l'anemia aplastica viene senz'altro definita la più grave delle anemie perniciose e descritta nello stesso capitolo dell'anemia perniciosa essenziale, ciò che da solo basterebbe a dimostrare come i limiti della malattia siano tuttaltro che ben definiti e concordemente accettati da tutti gli Autori, a parte questo diciamo sono stati descritti sotto il nome di mielosi globale aplastica casi atipici con presenza di emocitoblasti e mieloblasti nel sangue e di nidi eritrocitoblastici nel midollo osseo (Capani), con piastrine in numero normale ed emocitoblasti nel sangue e midollo osseo ricco di cellule (Conti), con metaplasia mieloide delle linfoghiandole (Herzog) oltre quelli riferiti a sintomatologia irregolare da Kaznelson, Opitz, Baisch, Deneke. Anche per ciò che riguarda il ricambio emoglobinico Di Guglielmo è di avviso che una discreta urobilinuria e una modica iperbilimia non contraddicono la diagnosi di anemia aplastica globale.

Questi casi atipici, specialmente quelli che si presentano atipici anche dal punto di vista istopatologico, se non giovano alla perfetta comprensione clinica della malattia servono tuttavia a stabilire dei punti di passaggio tra questa malattia e quelle che vanno nella letteratura sotto diversa denominazione.

Citiamo a proposito la *mielosi globale pseudo-aplastica* che non si differenzia dalla mielosi globale aplastica se non per una maggiore evidenza dei segni di rigenerazione in circolo, per il netto aumento del ricambio emoglobinico e per la sconcordanza fra il reperto ematico e quello midollare che mostra una notevole attività generativa con emoistioblasti, mieloblasti, mielociti neutrofili ed eosinofili, polinucleati, eritroblasti in ogni fase di maturazione, megacariociti; l'*agranulocitosi* di *Schultz* che nei casi impuri può decorrere come l'anemia gl. aplastica con anemia di grado assai elevato e trombopenia più o meno spiccata; le *forme croniche della mielosi gl. aplastica* che non si differenziano dall'*anemia perniciosa* se non per la mancanza di segni di rigenerazione midollare e per il criterio terapeutico oggi possibile dopo l'avvento della terapia epatica.

A noi sembra che il reperto apparentemente contradditorio nell'anemia aplastica di elementi giovani della serie rossa e bianca nel sangue circolante e comunque le variazioni che si possono riscontrare nell'andamento della formula sanguigna rispetto agli organi citoformatori, sarebbe sufficientemente spiegato se si interpretasse come il segno di zone midollari ancora in attività di compenso non ancora lese dalla causa diretta o indiretta di aplasia.

Sotto questo punto di vista sono giustificabili le anomalie del nostro caso per cui all'inizio della nostra osservazione fu possibile riscontrare i segni di una certa attività midollare denotata dalla presenza in circolo di eritroblasti, di emazie policromatofile nonchè dell'aumentata emolisi, segni che sono successivamente scomparsi con l'aggravarsi della lesione midollare.

Nel nostro caso all'esame anatomo-istologico era ben evidente oltre la completa aplasia midollare anche una grave lesione degenerativa della cellula epatica, ciò che non può non avere contribuito all'aggravamento della la lesione midollare.

Evidentemente la causa tossica o infettiva rimasta sconosciuta, ha agito inizialmente sul sangue e sul midollo osseo avviando questo all'aplasia, che potrebbe ritenersi l'esito di un

processo che forse inizialmente non aveva in sè nulla di determinato e di caratteristico.

Affatto recentemente Jagie e Leeischhcken, in un loro lavoro, dopo aver esaminato i quadri di aplasia midollare più specialmente piastrinopenici concludono che dal solo esame del sangue periferico non si può dare un giudizio di aplasia sufficientemente esatto.

Questo concetto, perfettamente aderente alla realtà clinica, concorda del resto con quello già espresso dalla scuola del Ferrata secondo il quale una mielopatia aplastica può corrispondere a complessi sintomatologici globali o parziali (leuco, eritro o piastrinopenici) senza per questo designare altrettante malattie ma semplicemente varietà di quadri morbosi.

Neanche l'aumento dell'emolisi può ritenersi, come vogliono alcuni AA., un segno di sicura differenziazione in campo di anemia aplastica. Nei nostri casi l'emolisi era aumentata nel primo, ma era — per quanto modestissima — anche aumentata nel secondo; sicchè si dedurrebbe che l'aumento del ricambio emoglobinico debba essere in molti casi secondario alla lesione midollare e naturalmente legato alla presenza di zone midollari ancora in attività da cui il sangue periferico si rifornisce di nuovi elementi. È naturale che là dove è soppressa ogni attività midollare l'emolisi debba anche finire per cessare, come è avvenuto nell'ulteriore decorso della nostra seconda osservazione.

Giova però tener presente, per quanto riguarda la diagnosi generica di anemia aplastica, che la natura e la prognosi di questa trova il suo segno più espressivo, concordemente agli altri segni, nella formula leucocitaria che è sempre in questa malattia nettamente orientata verso una granulocitopenia assoluta e relativa.

A questo riguardo i nostri due casi sono abbastanza eloquenti in quanto poteva scorgersi in entrambi una quasi identica sintomatologia clinica ad eccezione della leucopenia neutrofila presente nel secondo caso. È vero che nel secondo caso esisteva una cospicua piastrinopenia, ma questo segno, se fosse mancata la leucopenia neutrofila, avrebbe potuto anche deporre per un m. di Werloff, dato che del Werloff il nostro presentava i segni più essenziali e cioè la presenza di piccole emorragie cutanee, l'aumento del tempo di emorragia, la piastrinopenia e il valore globulare inferiore all'unità.

È ancora da tener presente che in alcune forme ad andamento cronico dell'anemia aplastica — atrofia mieloide progressiva del Ferrata e « anemia maligna » di alcuni autori tedeschi (identificabile quest'ultima con la mielosi globale pseudo-aplastica degli autori italiani) — la trombopenia può mancare, mentre è costante l'inversione del rapporto leucocitario, essendo il 70-90 % degli elementi bianchi costituito da forme non granulocitiche.

La leucopenia neutrofila può dunque ritenersi il segno differenziale più caratteristico fra anemie primitive ad esito infausto e anemie gravi ad esito in guarigione, sia essa l'espressione di un esaurimento primitivo e totale del midollo osseo o di un disturbo della mielogenesi con arigenerazione secondaria a metaplasia.

Dal complesso delle osservazioni deducibili dai due casi riferiti può ricavarsi l'impressione che non esista differenza sostanziale fra le due forme di anemia, e che l'esito infausto nel secondo caso più che ritenersi legato a un meccanismo patogenetico differente sia da considerarsi conseguenza di un'atrofia progressiva del midollo subordinata alla maggiore gravità della causa morbosa primitiva o alla predisposizione costituzionale del midollo a risentire con maggiore gravità dell'azione di cause identiche.

È però evidente che allo stato attuale delle cose è lecito solo porsi dei quesiti, riservando alle ulteriori osservazioni tratte da una più numerosa casistica la sistemazione definitiva di questi quadri morbosi sulla cui patogenesi regna ancora molta oscurità.

Sull'etiologia dei casi riferiti può spendersi solo qualche parola nei riguardi del primo caso. Il fattore etiologico in questo caso potrebbe vedersi in una infezione da melitense. Ma l'agglutinazione positiva per il micrococco melitense è stata troppo debole (1:100) per costituire un elemento probativo in favore di questa infezione, tanto più che l'emocultura era già risultata negativa e che l'agglutinazione nel successivo decorso è divenuta presto nuovamente negativa. Tuttavia la comparsa dell'agglutinazione solo al 50° giorno di malattia se pure non depone, per il suo basso titolo e la sua breve durata, in favore di una infezione da melitense fa pensare ad un ignoto agente infettivo che abbia momenteneamente esaltato i poteri agglutinanti aspecifici del siero dell'infermo nei confronti del micrococco melitense.

Non dobbiamo in ultimo trascurare di porre in rilievo l'azione del clima coloniale come fattore aggravante, se non determinante, di questi stati anemici, essendo ben nota l'azione sfavorevole sulla crasi sanguigna dell'ecces-

siva irradiazione solare e dei complessi fattori climatici legati agli ambienti tropicali e subtropicali.

RIASSUNTO.

Sono riferiti due casi di anemia acuta grave di cui è messo in confronto il decorso e la sintomatologia clinica ed ematologica.

BIBLIOGRAFIA.

MASSIAS, PHAN-HUY-QUAT et NGUYEN-DINH-HAO. *Le mielosi globali aplastiche.* Rev. Méd. Franç. d'Extreme-Orient, 1938, n. 2.

SEYDERHELM e WOLLMAR. *L'anemia maligna.* Munchener Medizinische Wochenschrift, 1938, n. 35.

JAGIC e LLEISCHHACKER. *Sulle mielosi aplastiche.* Med. Klin., vol. 34, pag. 436, a. 1938. II Clinica Medica di Vienna.

E. WEIL e ASCHKENASY. *Un caso di cripto-leucemia linfatica senza splenomegaglia nè adenopatia, simulante un'anemia grave aplastica.* Soc. Franç. d'hèmatol., 5 febbraio 1938.

HALBRON, LENORMAND e JAIS. *Un nuovo caso di leucemia acuta con sintomatologia di aleucia emorragica.* Soc. Mèd. des Hôp., 7 gennaio 1938.

GRENET, LAMY, LEVY, WALLGREN, PEHU, HALLE, FALCONI, COMBY, HUBER, LUST. X. Congrès des pèdiatres de langue franç., Paris, 27, 28, 29 oct. 1938.

FERRATA. *Le emopatie.* Trattato Soc. Ed. Libr., 1935.

CONTI. *Mielosi aplastica.* Haem., vol. 14, 85, 1933.

CAPANI. Minerva Medica, pag. 85, 1934.

LAUBRY e GIROUX. Trattato di patologia interna. Paris, Doin, 1933.

DELLA VOLTA. *L'anemia perniciosa pseudo-aplastica.* Arch. Pat. e Clin. Med., 1933, f. III.

MINGAZZINI. *Contributo clinico alla conoscenza dell'anemia aplastica.* Policl. 1931, 38, 309.

FONTANA. *Mielosi eritremica pseudo-aplastica.* Haematol., 1929, pag. 303.

KAZNELSON. *Sulla questione dell'agranulocitosi.* Med. Klin., 1928, 24, 658.

ESPOSITO. *Mielosi globale aplastica e ipoplastica e i loro rapporti con la cosidetta anemia perniciosa progressiva e la diatesi emorragica.* La Clin. Med., 1926, 57, 2.

GREPPI. *Anemie aplastiche e pseudoaplastiche.* Arch. di Pat. e Clin. Med., 1925-IV.

YOUNG. *Anemia aplastica.* Illinois Med. Journ., 1925, 47, 142.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Sopra un caso di Bilharziosi intestinale trovato nella regione del bassopiano Etiopico al confine col Sudan Anglo-Egiziano.

Dott. PIETRO ORLANDINI

Capitano medico in A.O.I. (Galla-Sidama).

Molte malattie tropicali che per mancanza di indagine si era fino ad oggi incerti potessero esistere anche nel nostro territorio Etiopico, vengono qua e là alla luce, mediante il diffondersi del nostro servizio Sanitario Coloniale che ora funziona regolarmente anche nei più lontani posti della Colonia.

Nella carta nosologica della distribuzione geografica delle malattie, l'Abissinia, che in passato era segnata come una vasta lacuna, va progressivamente completando e precisando la sua costituzione epidemiologica.

Molto importante è conoscere le malattie preponderanti nelle varie regioni, e specialmente quelle a carattere diffusivo, per poterle a tempo circoscrivere ai luoghi endemici ed impedirne la diffusione.

Col ritorno alla vita normale, il traffico nella nostra Colonia aumenta ogni giorno più. Il perfezionarsi e l'espandersi della rete stradale e i rapidi mezzi di comunicazione, oltrechè facilitare gli scambi fra le diverse regioni, favorisce spostamenti di masse notevoli di popolazioni e quindi può contribuire nel diffondere nuove malattie in regioni che prima erano indenni.

La zona di confine col Sudan Anglo-Egiziano, delimitata dai fiumi Baro, Pibor e Acobo, sebbene fosse già stata in passato percorsa da reparti militari, non era ancora stata visitata da alcun Sanitario.

Essendo stato assegnato ad una Missione Militare che ha recentemente percorso questa zona, ho potuto osservare alcuni casi di malattia che, sebbene già vecchie nella storia medica, non ne era stata ancora accertata la esistenza in questa zona.

Questo territorio è un terreno ancora vergine dal punto di vista medico, ed altri colleghi che lo visiteranno in seguito, potranno ampiamente completare il quadro nosologico di questi luoghi.

Il caso che desidero portare a conoscenza è uno di Bilharzia intestinale.

Sarà bene premettere una breve descrizione della zona che è tutta di basso piano sui 400 metri.

Ovunque è una sconfinata pianura che durante la stagione delle piogge vien completamente allagata, in parte dall'acqua dei fiumi che straripano e in parte per la natura del terreno che completamente piano e composto di creta dura non assorbe e non lascia scolare le piogge che così vi ristagnano e vi si formano i pantani.

In varii punti, pantani e acquitrini esistono tutto l'anno. I villaggi indigeni son situati in località che, durante le piogge, affiorano ma non di molto, tanto che per precauzione attorno ad essi vien scavato dagli indigeni un fossato ed eretto un muretto di cinta.

Nell'epoca dell'allagamento le comunicazioni fra villaggio e villaggio si fanno in piroga.

Noi si scende quaggiù soltanto nei mesi della stagione secca.

I molluschi del genere « Planorbis » ospiti intermedii delle Bilharzie, sono molto abbondanti in tutte queste paludi.

Questo basso piano è compreso in quello sperone che si incunea nel territorio Anglo-Egiziano ed è delimitato a nord da un tratto del fiume Baro, ad ovest dal Pibor e a sud dall'Acobo. Il Baro e l'Acobo sono due affluenti del Pibor e fra i due primi si trova il Ghilo che si getta pure nel Pibor. Quest'ultimo, unitosi al Baro, continua col nome di Sobat nel territorio Anglo-Egiziano ed arriva al Nilo bianco.

Il nostro percorso si effettuò tutto per via fluviale, scendendo dapprima il corso del Baro partendo da Gambela, risalendo poi il Pibor e quindi il Ghilo.

Questi due ultimi fiumi hanno in questa zona l'aspetto di canali; son larghi dai 20 ai 30 metri, a corso molto tortuoso, con sponde basse, completamente prive di alberi, acqua chiara, ma non limpida perchè contenente i detriti delle paludi.

Al di quà di questo cuneo paludoso e acquitrinoso compreso fra il Baro e l'Acobo, il terreno si innalza e si arriva ben presto nella zona montagnosa. Si passa così dal clima tropicale del basso piano al clima temperato dell'acrocoro Abissino.

Dovendo seguire le esigenze militari della Missione, ho avuto la possibilità di poter studiare solo in parte e limitatamente la popolazione indigena, e le mie osservazioni riguardano sopratutto gli ascari di recente arruolatisi e provenienti da queste regioni.

La Bilharzia fa parte delle malattie comuni nel limitrofo Sudan.

Nel libro « The Anglo -Egyptian Sudan from within » D. Pridie Dirett. del Sudan Medical Departament dice che fra gli indigeni provenienti dalle Prov. Occidentali del Sudan, al loro arrivo a Ghezira, il 10 % è trovato affetto da Bilharzia.

« Il controllo di questa malattia è di grande importanza economica per il Sudan perchè c'è sempre il rischio che l'area irrigata di Ghezira possa divenir infetta ».

Qui l'Autore non dice quale fra le due Bilharzie sia in prevalenza: se la vescicale o la intestinale.

Ad ogni modo, data la contiguità del nostro territorio con il Sudan A. E. è facile spiegarsi come anche da noi si possano trovare casi di B.

Questo caso di Bilharziosi intestinale, mi sarebbe sfuggito se non avessi intrapreso l'esame microscopico delle feci di tutti gli ascari aggregati alla Missione, 150 fra tutti.

La sua sintomatologia era si può dire nulla, salvo qualche po' di diarrea, che però non dava molestia alcuna al malato, che, solo per questa, non sarebbe ricorso al medico.

Si trattava quindi di uno di quei casi abbastanza frequenti di portatori di Bilharzia con presenza di scarse uova di Schistosomi e quindi con sintomatologia quasi insignificante.

Non per questo però questi casi, benigni pel malato, cessano dall'esser pericolosi, anzi lo sono forse di più degli altri perchè, fuggendo all'indagine, possono più facilmente propagare la malattia.

Premessi alcuni brevi cenni sulle Bilharziosi, esporrò poi alcune considerazioni sulla profilassi di questa malattia, che è ciò che maggiormente ci interessa dal punto di vista dell'Igiene Coloniale.

Il nome di Bilharzia è dovuto a Bilharz che per primo nel 1851 vide questi parassiti, in Egitto.

Essi sono vermi platelminti dell'ordine dei trematodi e vengono designati anche col nome di Schistosomi dal greco σχιστός = spaccato, per il fatto che il maschio, più corto, è come spaccato in due, per ricevere la femmina, più lunga, all'atto della copula.

Gli Schistosomi appartengono a tre specie:

Sch. haematobium che dà la Bilharziosi o Schistosomiasi vescicale.

Sch. Mansoni che dà la Bilharziosi o Schistosomiasi intestinale.

Sch. Japonicum che dà la Bilharziosi o Schistosomiasi arterio-venosa.

A noi interessano sopratutto le due prime specie, essendo la terza ristretta solo al Giappone e alla Cina.

La distribuzione geografica dei due primi

vermi si può così schematicamente dividere:

Africa. Presenti tutti e due in tutto il continente, in proporzioni differenti a seconda delle varie località.

Asia. Presente solo lo Sch. haem. e ristretto all'Asia Minore.

America. Presente solo lo Sch. Mansoni e ristretto all'America del Sud.

Europa. Casi di B. vesc. sono stati descritti in Cipro, Spagna e Portogallo.

I vermi delle due specie, sotto forma di cercarie, penetrano attraverso la pelle e vanno subito ad alloggiare nel sistema venoso dove divengono adulti.

Un tropismo particolare porta poi lo Sch. haem. verso le vene della vescica e lo Sch. Mans. verso quelle dell'intestino.

Dopo avvenuta la cupola, le femmine proseguono fino alle più piccole diramazioni venose e vi depongono le uova che, facendosi strada attraverso i tessuti cadono le une quelle da Sch. Mans, nel lume intestinale ed escono poi all'esterno con le feci, le altre, quelle da Sch. haem., nella vescica ed escono all'esterno con le urine.

La caratteristica di queste uova è uno sperone che è terminale o polare per quelle dello Sch. haem. e laterale per quelle dello Sch. Mans.

Siccome alle volte lo sperone laterale di quest'ultimo non è sempre ben visibile per la posizione dell'uovo, è allora consigliabile di imprimere dei piccoli movimenti al vetrino copri-oggetti in modo che l'uovo girandosi metta meglio in evidenza il suo sperone laterale.

Per lo Sch. Japon. lo sperone è quasi invisibile, e assai difficile a vedersi.

Le uova, uscite all'esterno, si aprono solo quando arrivano nell'acqua. Ne esce allora un embrione (miracidio) che penetra nell'interno di alcuni molluschi del genere Bullinus-Planorbis-Physopsis, che gli servono da ospite intermedio. Qui il miracidio subisce alcune trasformazioni ed esce poi sotto forma di cercaria. Questa, provvista di una coda bifida, nuota in cerca dell'ospite definitivo, nel quale penetra attraverso la pelle, raggiungendo presto il sistema venoso, dove diventano vermi adulti in circa due mesi ed il ciclo rincomincia con l'emissione di nuove uova.

La sintomatologia varia naturalmente a seconda della sede prescelta dalle femmine per deporvi le uova, perchè queste sono la causa dei disturbi più gravi.

Nei casi di infezione leggera, cioè quando i parassiti non si trovano in gran quantità, gli ammalati possono rimanere per parecchio tempo senza accusare alcuno dei sintomi più caratteristici alle due forme e cioè l'ematuria o la dissenteria; e l'infezione passare inosservata.

Per questo è necessario procedere ad un sistematico esame delle urine e delle feci della popolazione dove si sa esistono casi di Bilharzia, specialmente quando questa gente dovesse emigrare in regioni indenni da tale malattia.

Il sintoma iniziale comune a tutte e due le forme è il prurito cutaneo causato dalla penetrazione delle cercarie attraverso la pelle.

Segue poi un periodo tossiemico dovuto allo sviluppo dei vermi e alle tossine da loro prodotte, e si manifesta sopratutto con accessi di orticaria, febbre e, a seconda del parassita albergato, sintomi che in questo stadio iniziale saranno vaghi; a carico o della vescica o dell'intestino.

Quando le femmine incominciano a deporre le uova (e questo avviene dopo circa due mesi dalla penetrazione delle cercarie) incomincia il periodo cronico dovuto alle uova che vanno accumulandosi.

Nella forma vescicale da Sch. heam. si hanno dolori alla minzione e sopratutto ematuria, più o meno abbondante a seconda della quantità di uove emesse.

Nella forma intestinale il sintoma caratteristico è la dissenteria che presenta quasi sempre feci mucosanguinolenti.

Di solito si hanno quasi sempre forme benigne, e non molto frequenti sono i casi di infezioni gravi.

Forse si forma una specie di immunità.

« Quando gli individui restano nella regione infestata, la malattia contratta nell'infanzia, dura per molto tempo, ma questa si attenua e sembra che gli individui abbiano acquistata una specie di immunità che impedisce a dei nuovi vermi di diventare adulti nei loro corpi e di produrre una sopra infezione mortale. È probabile che le cercarie continuano ad attraversare la pelle, ma che, arrivate nel sangue, incontrino degli anticorpi che si oppongono al loro sviluppo (Brumpt).

Molti casi dopo un periodo cronico più o meno lungo, specialmente se hanno abbandonata la zona infetta, possono guarire spontaneamente.

Più temibili sono le complicazioni che si hanno nelle due forme: calcoli vescicali e fistole urinarie che si hanno nella B. vescicale; polipi anali, prolasso del retto e fistole anali nella B. intestinale.

Per la cura vien usato il tartaro stibiato nel-

le sue varie forme che si trovano in commercio.

Per noi il pericolo di diffusione di questa malattia è molto minore di quanto invece lo è nel Sudan Anglo-Egiziano.

Questo basso piano che forma la quasi totalità del Sudan Anglo-Egiziano e si continua poi lungo tutto il corso del Nilo è invece contenuto in minima parte nel nostro territorio.

Noi non dobbiamo nutrire gravi apprensioni che le malattie proprie di questo basso piano possano facilmente essere trasportate su nell'altopiano.

Una delle ragioni che ne impediscono la propagazione è data dalla mancanza in questa zona di reti stradali e quindi di mezzi rapidi di comunicazione.

Questa terra che è soggetta ad allagamenti periodici ed è cosparsa di paludi perenni, rende impossibile la costruzione di strade.

L'unica via di comunicazione che permetta la circolazione di mezzi meccanici è rappresentata dal corso dei fiumi, che sono, specialmente durante la stagione delle pioggie, in gran parte navigabili.

Ma, data la scarsa risorsa di queste terre, non c'è da prospettare almeno per ora, grande transito nè di gente nè di merce, nè per via di terra nè di fiume.

Forse col tempo qui si svilupperà la coltivazione del cotone.

Gli inglesi nel Sudan, dove il cotone è molto coltivato, chiamano questa qualità di terra « coton soil ».

Per ora c'è solo qualche pianta di cotone in vicinanza dei villaggi e gli indigeni lo adoperano per piccoli usi domestici.

Da poco tempo si è istituita la Soc. Cotoniera del Baro, con Sede a Gambela. Presidente ne è l'on. Magrini e direttore il dott. Pupa, che fu già medico al Congo Belga ed è uno dei nostri più quotati esperti nel campo cotoniero.

Ma se anche col tempo questa diverrà zona cotoniera, gli indigeni di qui non emigreranno dalla loro terra. Essi temono il clima freddo dell'alto piano che male sopportano e sanno che è per loro molto dannoso.

Gli Abissini mai venivano qui a prender schiavi fra questa gente.

Nè noi, in caso di bisogno di mano d'opera indigena verremo qui a cercar lavoratori per l'altopiano.

Questa gente, non è stata abituata al lavoro. Assuefatta al clima caldo e a vivere quasi del tutto ignuda, se costretta a vivere su nell'altopiano, in gran parte soccombe.

Una parte morrebbe per malattie polmonari e il resto per malaria, che cronica in quasi tutti e allo stato latente, in clima freddo darebbe luogo a forme gravi e mortali, non esclusa la forma ematurica.

D'altra parte gli indigeni d'altopiano, mai scendono qui al basso, non avendosi alcun commercio, e sapendo bene che anche per loro questo clima è pericoloso.

Inoltre, i molluschi che fanno da ospiti intermedii per B. mentre qui in queste paludi hanno terreno di facile sviluppo, scarsi si trovano nell'altopiano dove il terreno montagnoso non offre loro possibilità di vita.

Non per questo però dobbiamo abbandonare qualsiasi sorveglianza sugli indigeni che eventualmente dovessero portarsi da una zona all'altra.

Se col tempo necessità di indole militare dovessero richiedere che truppe indigene di questo basso piano sieno portate a prestare il loro servizio in zone di alto piano, bisognerà che siano prima assoggettate ad una specie di quarantena, dove sarano sottoposti ad una bonifica antibilarzica ed anche antimalarica.

La profilassi più importante che noi possiamo svolgere contro la Bilharzia in questa zona è quella rivolta verso l'individuo dapprima con la ricerca dei malati e poi con la cura e sterilizzazione dei casi trovati positivi.

La ricerca dei malati e la diagnosi sicura si ottiene solo con la ricerca delle uova che va fatta con l'esame microscopico delle feci o delle urine.

Per poter avere una statistica epidemiologica dei casi di B. esistenti in questa zona si dovrà in seguito procedere ad un sistematico esame delle feci e delle urine almeno di una gran parte di questa popolazione indigena. Solo così si potrà sapere quale delle due forme di B. sia in prevalenza e la loro percentuale.

L'esame microscopico delle feci per la ricerca delle uova di B., come si sa, va fatto a diaframma molto chiuso, perchè così si riesce a mettere più facilmente in evidenza il contorno chiaro delle uova.

Dapprima basta usare un debole ingrandimento che permette di aver sottocchio un campo di esame più vasto.

Accertata la presenza di uova le si potranno veder più chiaramente usando un ingrandimento maggiore.

Le feci vanno di preferenza esaminate poco dopo avvenuta la defecazione, perchè così si potrà svelare la presenza anche di eventuali amebe, o flagellati intestinali viventi e ancor mobili, organismi che se non ricercati subito

dopo l'emissione delle feci diventano presto irriconoscibili.

Nella ricerca di uova di elminti intestinali non basta eseguire un solo esame di feci. Se un primo esame riesce negativo è bene ripeterlo altre volte sia con lo stesso materiale che con del nuovo.

Questo specialmente si deve fare in caso di feci diarroiche perchè le uova sono molto più rare nelle feci liquide che in quelle solide.

Solo dopo un esame ripetuto si potrà emettere diagnosi negativa che non sarà però assoluta per tutti i vermi intestinali.

È bene ricordare, in tema di esame microscopico di feci, che queste non ci rivelano in modo assoluto la presenza delle uova di qualsiasi verme parassita del nostro intestino e che l'esame microscopico non è da solo sufficiente, anche se ripetuto più volte per stabilire in modo sicuro l'assenza di alcuni determinati vermi.

Non tutti gli elminti depongono le uova nello stesso lume intestinale.

La femmina dell'Oxiuris V. esce dall'ano carica di uova e le lascia uscire solo quando è già all'esterno deponendole per primo sui contorni dell'ano. Le uova di O. V. si trovano raramente e solo accidentalmente nelle feci, ciò che non esclude la loro presenza nell'intestino.

Così pure si deve dire per le due Tenie Solium e Saginata.

Le uova di queste escono all'esterno ancora racchiuse nelle proglottidi e solo quando queste si lacerano nell'intestino si possono trovare le uova nelle feci.

Per la ricerca delle uova di B. haem. nelle urine è bene che queste sieno prima lasciate deporre esaminandone poi il fondo. Qualche volta bisognerà ricorrere alla centrifugazione.

Per la cura dei malati bisognerà agire in modo che questi seguano il trattamento in modo continuo e regolare fino a completa guarigione e cioè fino alla scomparsa di uova nelle feci.

In quanto alla profilassi meccanica essa non è assolutamente attuabile in questa zona.

La distruzione dei molluschi ospisti intermedii di B., qui è materialmente impossibile.

In altre regioni si son fatte opere di drenaggio che col prosciugamento della zona portarono alla distruzione dei molluschi.

Si è pure ricorsi in altri luoghi per la distruzione dei molluschi ai liquidi tossici che portarono buoni risultati.

La vastità enorme di queste paludi in gran parte deserte rende impossibile per questa zona l'applicazione di qualsiasi profilassi meccanica o chimica.

Per cui la nostra attività profilattica dovrà esser tutta rivolta verso l'uomo.

Di gran importanza è l'opera di propaganda sanitaria da svolgersi fra gli indigeni.

L'educazione dell'indigeno è compito molto difficile e che richiede lungo e paziente lavoro.

Due dovranno essere gli scopi principali da raggiungere:

1) istruire l'indigeno sul pericolo del male, insegnandogli come lo si contrae e come lo si possa prevenire;

2) cercare di far opera di persuasione per convincerlo a costruirsi delle latrine e ad abituarsi ad usare sempre di esse.

Molto utile sarebbe l'introduzione di anitre domestiche che oltre ad essere divoratrici di insetti rappresentano un'utile per l'allevatore. Essendo domestiche si manterrebbero sempre negli stagni adiacenti ai paesi, che, come più frequentati dagli indigeni, hanno le acque più inquinate e quindi vi è più facile l'infezione.

Quando maggiori e più estese ricerche chiariranno l'entità dell'infezione Bilharzica in questa zona, l'opera di profilassi che sarà svolta dovrà porsi i seguenti compiti:

1) ricerca sistematica dei malati mediante accurati e ripetuti esami delle feci;

2) cura dei malati fino a guarigione completa;

3) lotta contro il periodo fecale mediante costruzione di latrine nei villaggi indigeni;

4) campagna di propaganda fra la popolazione indigena.

Tori, 12 marzo 1939-VII.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di Schistosomiasi o Bilharzia Mansoni trovato in un indigeno nel bassopiano occidentale nella regione di confine col Sudan Anglo-Egiziano.

Ricorda le due forme di B. haematobium e Mansoni e tratta della loro profilassi nell'Impero.

Grave sindrome endocrino-simpatica guarita con quattro interventi chirurgici.

Dott. SILVESTRO BILE

libero docente di Anatomia chirurgica, già incaricato di medicina operatoria nella R. Università di Napoli.

Senza entrare nella disamina delle diverse alterazioni endocrino-simpatiche che il nostro grande Pende ha tracciate con la penna dello scienziato e coi dettagli del ricercatore instancabile e convinto; credo mio dovere descrivere un caso, certo non comune, capitato alla mia osservazione, circa un anno fa, il quale per la sua storia clinica, scarsa di fatti e di particolari, per le lunghe sofferenze patite e per i non pochi giudizi di numerosi sanitarî consultati, per le varie cure subìte (senza alcun vantaggio) può essere oggetto di non poco interessamento e di seria considerazione.

STORIA CLINICA

O. C., di M., di anni 24, da Guglionesi (Campobasso), venne ricoverata nella mia clinica privata in Istonio (Chieti) il 14 maggio 1937-XV, in condizioni pietose e sconfortanti. Ecco la sua triste storia:

Nel 1932, durante un ciclo mestruale fu colta da malore e cadde svenuta. Riavutasi poco dopo, credette star bene, ma in verità, da quel giorno venne segnata la data delle sue interminabili sofferenze.

Infatti poco tempo dopo, cominciò ad avvertire, a carico dell'arto inferiore sinistro un gonfiore che gradatamente andava aumentando, associato a dolori folgoranti che avevano la sede culminante nel collo del piede e nella regione calcaneare.

Gradatamente detto piede venne aumentando di volume a tal punto da acquistare il caratteristico aspetto elefantiasico con chiare note di *varismo e equinismo*. Tra il tendine di Achille e il calcagno venne formandosi una pronunziata insenatura deturpante e rugosa. L'arto intanto andava acquistando le caratteristiche dell'elefantiasi e i dolori, specie del tratto distale diventarono insopportabili a tal punto da dover richiedere l'applicazione di un rialzo metallico, onde evitare il peso e l'attrito delle coperture. Le mestruazioni s'immiserirono finchè scomparvero quasi completamente; comparvero contemporaneamente coliche renali che aumentarono le sofferenze dell'inferma sfiduciata e avvilita.

La palpazione del punto ovarico sinistro suscitava forte dolore alla paziente.

Numerosi sanitari e Clinici visitarono la C., tanto sul posto, quanto in diverse cliniche presso le quali l'inferma fu trasportata, sopportando spese e disagi.

Il giudizio che prevalse fu quello di una affezione tubercolare del tarso, mentre non fu scartata anche l'ipotesi d'una coxite tbc. Per tali ragioni, alla giovane vennero applicati due o tre grandi apparecchi gessati che finirono col rovinare il trofismo globale dell'arto in quistione.

Per ben 6 anni (e forse più) la povera ragazza (oltre ogni dire « *paziente* »), guardò il letto, immobile e sempre in preda a dolori che spesso diventavano insopportabili.

Nel 1936, trovandomi a passare per Guglionesi, feci visita al mio ex allievo (oggi valoroso Collega) dottor Michele Della Porta, il quale mi prospettò il caso e mi pregò, anche da parte del signor C., di visitare la signorina C., essendone il medico curante.

Recatici, a casa di questa, passai all'esame clinico, non poco sfiduciato e perplesso per quanto mi era stato comunicato.

Il piede sinistro e tutto l'arto inferiore dello stesso lato erano in condizioni simili a quelle sopra dette.

La palpazione riusciva molesta e dolorosa.

Quella praticata sul punto ovarico era insopportabile.

Restai perplesso innanzi a tale quadro, ma non ebbi l'impressione che potesse trattarsi di un fatto specifico, anche perchè la temperatura si era mantenuta sempre normale e mancavano dati precisi a favore di esso.

Ebbi il sospetto che si potesse trattare di una *sindrome endocrino-simpatica*, ma non volli pronunziarmi e manifestai al padre il desiderio di avere in Clinica la Signorina per ulteriori accertamenti.

Le cose rimasero così fino all'aprile 1937, epoca in cui fui richiamato in Guglionesi per una seconda visita alla ragazza.

Mi recai sul posto e volli procedere ad un riscontro rettale, il quale risvegliò un violento e acuto dolore. L'arto intanto aveva peggiorato e il piede si presentava sotto un aspetto informe e in atteggiamento varo equino molto accentuato.

Non essendo più possibile che le cose fossero rimaste così e invocando la Signorina, a tutti i costi un qualunque aiuto che le alleviasse le numerose sofferenze fisiche e morali, venne deciso il trasporto in clinica che fu effettuato il 14 maggio 1937-XV, con tutte le massime delicatezze.

La mia decisione era presa: togliere innanzi tutto, l'ovaia che, dalla storia clinica, sembrava il massimo esponente iniziale, di tutta la lunga malattia. (Collimò col mio principio quello del dottor Della Porta il quale dava molto peso e valore ad una disendocrinia tiro-ovarica). Poi procedere ad una simpatectomia e a una neurolisi dello sciatico.

Osservazione dell'inferma al momento del ricovero:

Circonferenza della coscia sinistra cm. 80.

Circonferenza della gamba cm. 71.

Pannicolo adiposo addominale sviluppatissimo e di dura consistenza.

Piede sinistro deforme, gonfio, varo-equino.

Nessun movimento è possibile.

Una rigidità impressionante è a carico delle articolazioni dell'arto inferiore e dell'anca.

Cute pallida e lucente. Mucose anemiche.

Polso 90, temperatura 37°. Amenorrea quasi completa.

Niente si osserva o si palpa a carico della tiroide.

Stato psichico: abbattutissimo.

1ª OPERAZIONE (16 maggio 1937-XV). — Fatta praticare una iniezione di 0,25 di caffeina, circa tre quarti d'ora prima, l'inferma è trasportata su barella in camera operatoria.

Non poche difficoltà si dovettero sorpassare per poter procedere alla rachianestesia, dato lo stato della operanda.

La puntura fu praticata nello spazio interspinoso tra l'8ª e la 9ª vertebra dorsale.

Tracciato un taglio lungo, mediano, sull'addome, si dovettero attraversare circa 16 cm. di grasso, denso serrato e lobulato prima di poter giungere alla fascia.

Aperto l'addome, non senza difficoltà si applica la valva del Doyen e si cerca di repertare gli organi genitali.

Si rinviene un utero piccolo, di colorito normale, in retroversione accentuata.

L'ovaia di sinistra si presenta cosparsa di cistoline, di cui la più grandicella è a contenuto ematico: quella di destra è piccola di volume ma sembra macroscopicamente normale: la si scarifica secondo il consiglio e la tecnica del Tommasselli. Si asporta l'ovaia sinistra e si procede ad una pessia indiretta dell'utero, servendosi del tratto prossimale dei due ligamenti rotondi, che viene fissata alla parete anteriore dell'addome. Si scalfisce il legamento lombo ovarico destro.

Si richiude il peritoneo, previa toilette all'etere degli organi pelvici.

Si sutura la fascia e si asporta, da entrambi i lati una buona quantità di tessuto adiposo sottocutaneo. Chiusura della ferita cutanea con ciappe di Michel, lasciando, verso l'angolo inferiore, un tenue drenaggio alla garza.

Decorso operatorio normale: guarigione per prima, in 12ª giornata.

Il dolore al quadrante inferiore sinistro dell'addome è per incanto, scomparso e una certa flessione della coscia sul bacino è possibile. L'arto inferiore si mantiene dopo circa venti giorni nelle medesime condizioni per quanto meno dolorante.

2ª OPERAZIONE (tre interventi praticati successivamente).

Simpatectomia-perifemorale. — Dopo circa 30 giorni, mi decido a reintervenire, avendo in programma di praticare una simpatectomia; una neurolisi dello sciatico e una *fasciotomia*, per agevolare il circolo di ritorno.

In anestesia, rachidea (spazio interspinoso tra la XI e la XII dorsale) previa iniezione di 0,25 di caffeina, incido lungo la bisettrice del triangolo di Scarpa, attraversando, per giungere alla fascia crurale, circa 12 cm. di tessuto adiposo, con le identiche cartteristiche su ricordate.

Incisa l'aponevrosi su di una sonda, dopo aver superate non lievi difficoltà (data la profondità del piano di ricerca) attraggo, caricata su di un uncino smusso, l'arteria femorale, per l'altezza di circa 4 cm.

Il vaso è di proporzioni minuscole, pallido e batte regolarmente.

Si asportano circa 2 cm. di avventizia, circonferenzialmente all'arteria, e si richiude esattamente la guaina vascolare. Sutura della fascia e della tela sottocutanea. Grappe di Michel alla cute.

Fasciotomia alla regione antero-laterale della gamba. — Con un lungo taglio tracciato dal tubercolo di Jardin fin'oltre la metà della gamba, incido la cute e la spessa tela sottocutanea, asportandone un buon tratto bilateralmente. Una noiosa emorragia venosa a nappo si produce che viene dominata con la compressione prolungata.

S'incide la fascia splendente e robusta, per tutta la lunghezza del taglio. I muscoli della regione si proiettano in superficie attraverso l'apertura della aponevrosi i cui margini si retraggono medialmente e lateralmente.

Le masse muscolari si presentano in non pochi tratti in preda a degenerazione adiposa e la loro consistenza è notevolmente flaccida.

Sutura della sola tela sottocutanea e ciappe di Michel alla ferita cutanea.

Neurolisi del grande sciatico. — Nella stessa seduta operatoria, fatta girare in pronazione l'inferma, con un lungo taglio iniziato in alto nel solco pelvio crurale á metà distanza tra la tuberosità isciatica e il grande trocantere, s'incidono i piani di covertura fino a circa 4 dita trasverse dal cavo del poplite.

Dominata una noiosa emorragia venosa a mezzo della compressione prolungata, si incide la fascia e tra il gruppo muscolare formata dal Bicipite all'esterno e dal semimembranoso e semitendinoso all'interno, si ricerca il nervo sciatico il quale è letteralmente inguainato in un astuccio di grasso che ne rende difficile l'identificazione.

Caricato il tronco nervoso su due uncini a curvatura larga, lo si stira gradatamente, asportandone la guaina di grasso che lo maschera. Asportazione di un buon tratto del grasso sottocutaneo e chiusura della fascia con pochi punti al catgut n. 1.

Sutura della tela sottocutanea e ciappe di Michel alla ferita cutanea.

Il decorso post-operatorio fu ottimo e tutte le ferite guarirono per prima intenzione.

Dopo circa 8 giorni fu possibile mobilizzare le articolazioni del collo del piede, del ginocchio e si ebbe quasi completa la flessione della coscia sul bacino.

A 15 giorni di distanza dalle tre operazioni, la signorina vide con non poca intima soddisfazione che l'arto andava acquistando il volume del destro e i dolori non erano più folgoranti come prima.

In breve, dopo circa 40 giorni, l'inferma camminava, appoggiandosi ad una sedia e nel mese di agosto venne dimessa dalla Clinica in via di convalescenza

Rivista dopo circa 5 mesi dalla sua entrata in clinica, l'inferma cammina speditamente senza bisogno di appoggio, portando al piede sinistro (che ha acquistata la sua vera forma) una leggera e semplice scarpa ortopedica, che corregge un lieve grado di varismo.

I mestrui ricomparvero e si mantengono tuttora in perfetta regolarità.

Non ha più avute coliche renali e il peso è sceso da Kg. 90 a 70.

Come cure mediche le sono state somministrate per circa tre mesi semplicemente prodotti tiro-ovarici.

Attualmente la Signorina gode perfetta salute, è ricolorita, ha tutte le funzioni in perfetta armonia e ha una deambulazione spedita e libera.

CONSIDERAZIONI.

Che si sia trattato di una sindrome endocrina-simpatica, per disfunzione tiro-ovarica, io credo, che non ci sia da dubitare.

Che il quadro clinico avesse potuto far deviare da una giusta diagnosi i medici, è anche più che ammissibile.

Che il distrofismo osseo, causato sia dalla disendocrinia sia dai continuati e prolungati

apparecchi gessati abbia potuto far sorgere il sospetto di tbc. dei capi articolari dell'anca e del tessuto spongioso del calcagno, è anche da ammettere, per quanto molti dati facessero difetto.

Ma che si sia potuto ottenere una completa e duratura guarigione anatomica e funzionale dell'imponente quadro morboso, ciò è veramente sorprendente e avvalora enormemente la terapeutica chirurgica che in alcune disfunzioni endocrine (almeno nel caso da me descritto con tutta scrupolosità) opera dei vari miracoli.

RIASSUNTO.

L'Autore descrive il caso di una giovane che, affetta da grave disendocrinia, per la quale dovè essere immobilizzata a letto per circa 7 anni, guarì completamente in seguito a 4 interventi chirurgici. (Ovariectomia sinistra; simpatectomia perifemorale sinistra; fasciotomia alla gamba sinistra; neurolisi del grande sciatico).

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Forme e trattamento delle enteriti croniche

(E. GRAFE. *Mediz. Klinik*, 21 luglio 1939).

Le nostre vedute sulle enteriti croniche hanno subìto diversi mutamenti negli ultimi decenni. Dopo che, grazie alle ricerche anatomiche, radiologiche e gastroscopiche, la gastrite per lungo tempo trascurata si è dimostrata di grande importanza e di notevole diffusione, anche il problema dell'enterite è stato considerato sotto un nuovo punto di vista. La diagnosi di enterite, che 50-60 anni fa era tanto frequente, la si posava poi raramente non ostante i brillanti lavori di Schmidt, Strassburger, ecc. Dominava il campo la diagnosi di colite e quasi tutte le irregolarità della defecazione e della composizione delle feci si attribuivano ad essa. La fine analisi delle feci instaurate 30-40 anni fa dai due autori citati veniva sempre più trascurata e, quando si riscontravano delle notevoli modificazioni nell'utilizzazione dei singoli principî alimentari, si attribuivano più a lesioni del pancreas che ad un catarro del tenue.

Pesavano molto in questo atteggiamento le notevoli difficoltà nella diagnosi delle lesioni di queste sezioni dell'intestino difficilmente accessibili. In verità, gli anatomo-patologi hanno riscontrato l'enterite molto più spesso che i clinici; ma le fini ricerche istologiche su questa parte dell'intestino, che solo raramente possono farsi su materiale freschissimo, urtano contro le gravi difficoltà date dalle alterazioni postmortali. Ad un'endoscopia non si può procedere ed il tubo profondo, adottato da v. d. Reiss, provoca tale incomodo ai malati da non poter essere applicato.

I nuovi progressi diagnostici vanno attribuiti alla radiologia. Se anche non si riesce, come per lo stomaco a rendere ben visibili le singole pieghe della mucosa, si può con il riconoscimento di un rapido transito avere degli importanti punti di appoggio per il riconoscimento di un'enterite. Purtroppo non è possibile riconoscere bene come per lo stomaco il rilievo della mucosa, sicchè non è possibile una diagnosi fine e soltanto raramente si possono riconoscere, in casi gravi, delle sicure modificazioni.

La presenza di abbondanti saponi ed acidi grassi e la cattiva utilizzazione di certi grassi somministrati, la mancanza di lipemia possono venire riferiti a disturbi dell'assorbimento da parte del tenue, quando sia normale la secrezione biliare e quella pancreatica. Ma tali fatti vanno accettati soltanto molto cautamente, come segni di una vera infiammazione; poichè nè un catarro provoca sempre disturbi nell'assorbimento, nè viceversa, questi sono sempre determinati da un catarro. Decisiva è in tal caso, non tanto la condizione anatomica della parete intestinale, quanto la composizione del contenuto intestinale. Vi è appena bisogno di ricordare le dispepsie da carboidrati e da albumine, la malattia putrefattiva di Koll, lo sprue, la celiachia ed inoltre le diarree anafilattiche, antitossiche ed endocrine, sebbene si ammetta che anche in queste malattie si hanno spesso catarri secondari.

Il quadro clinico dell'enterite è stato particolarmente elaborato da Gutzeit, che però parla quasi sempre di gastro-enterite, sicchè nella sua esposizione non si ha una netta separazione fra genesi gastrica ed enterica. Certamente, nella maggior parte dei casi l'infiammazione del tenue si accompagna con una gastrite e, spesso, con una colite. Ma è pure un fatto indubitato che vi sono infiammazioni isolate del tenue.

La suddivisione delle enteriti in singole forme urta anche oggi contro notevoli difficoltà, a meno che non ci si accontenti della classificazione di v. Noorden in forma semplice, tossico-emorragica, ulcerosa e purulenta, fatta essenzialmente da un punto di vista anatomico; essa, comunque, può anche essere seguìta clinicamente a meno che non vi sia, come accade spesso, una colite concomitante, che complica il quadro.

Una suddivisione eziologica, che sarebbe assai utile per la terapia, non è per ora possibile, a causa delle nostre deficienti conoscenze in molti casi, specialmente leggeri. Tutt'al più tale classificazione può valere per singoli casi (tifoide, tubercolosi, intossicazioni, infezioni gravi, fatti anafilattici).

Il trattamento ideale è, si comprende, quello eziologico, che può attuarsi soltanto in alcune condizioni: stasi cardiaca, stati allergici, disturbi endocrini, ecc.

Negli altri casi, la parte più importante nella terapia spetta alla dieta, che ha pure importanza quando si conosca la causa dell'enterite stessa. La prescrizione della dieta si basa essenzialmente sui risultati dell'esame delle feci, in rapporto all'utilizzazione dei singoli principi alimentari, per cui si limiteranno quegli alimenti che sono male utilizzati.

I successi più facili e migliori si ottengono nelle forme di dispepsia fermentativa, in cui si può anche parlare di terapia causale, nella malattia putrefattiva di Koll e nelle forme lievi di sprue. Una parte specialmente importante nella dieta è rappresentata dalle mele e dalle banane.

Nella terapia medicamentosa, occupano il primo posto i fermenti, anche nei casi in cui non ve ne è insufficienza; il troppo rapido transito intestinale ne viene favorevolmente influenzato, sia che esso sia dovuto direttamente al catarro, sia che questo sia stato provocato a sua volta dai cibi ingeriti. Si prescriveranno quindi la pepsina con acido cloridrico, i fermenti pancreatici e le varie specialità, oltre a prodotti endocrini e vitamine, quando vi siano disturbi dell'assorbimento dovuti a loro deficienza, pellagra, Addison, sprue).

Come antiinfiammatori e nel senso di diminuire l'eccitabilità agiscono spesso i sali di certe acque minerali. Molto meno attivi ed utili che nelle coliti sono gli assorbenti (carbone, specialmente in unione con i sali d'argento) gli astrigenti (tannino, tè di camomilla). Buoni servigi rendono i preparati di pectina, la quale è un costituente essenziale nella dieta di mele. (Rinunciamo all'enumerazione di tutte le numerose specialità che consiglia l'A. per non cadere in un'intonazione reclamistica).

I preparati di oppio rallentano, come è anche dimostrato dalle ricerche radiologiche, il transito nel tenue e favoriscono, quindi, l'assorbimento. Nelle enteriti croniche, però, si deve essere straordinariamente parchi con essi; il catarro non ne viene in nessun modo influenzato.

Da alcuni sono stati raccomandati l'insulina e l'irradiazione Roentgen; la prima è indicata evidentemente nelle lesioni secondarie epatiche; raramente si ricorrerà alla proteino- od alla pireto-terapia.

In generale, i risultati della terapia sono più soddisfacenti nella colite.

Questo articolo dell'A. serve come introduzione ad un'inchiesta sull'argomento a cui hanno preso parte numerosi clinici tedeschi, di cui non è possibile riassumere le risposte. In generale, per quanto riguarda la terapia, sono tutti concordi nel riconoscere la grande importanza della dieta, specialmente quando è seguìta in ospedale. Dal punto di vista della diagnosi, qualche autore fa rilevare che anche l'esame delle feci non ha sempre un significato decisivo, poichè alcuni elementi, che sono passati troppo rapidamente nel tenue e, quindi, non utilizzati, possono venire attaccati dai batteri nel colon e dare l'impressione, all'esame delle feci, che siano stati digeriti ed assorbiti. Importante è nella diagnosi l'alternativa fra diarrea e costipazione.

I segni radiologici consistono essenzialmente nel riempimento irregolare e spezzettato del tenue, nel movimento irregolare e discontinuo nel tenue, dove si hanno formazioni a specchio ed abnorme rigonfiamento d'aria; tutti segni che sarebbero caratteristici per il secondo stadio. In questo, si hanno delle complicazioni, con forte accentuazione dei sintomi subbiettivi; nel terzo stadio, che corrisponde al quadro clinico dello sprue nostrale, le complicazioni prendono il sopravvento e possono mascherare i segni intestinali, con gravi disturbi di avitaminosi, e del ricambio minerale, specialmente del calcio, osteomalacia, pruriti intensi. Per lo sviluppo ed il mantenimento dell'enterite ha importanza in certi individui l'abuso di nicotina. *fil.*

Gli infarti del mesentere e dell'intestino.

(J. BOTTIN. *Revue Belge des Sciences Médicales*, aprile 1939).

L'infarto del mesentere costituisce una affezione di una gravità eccezionale, gravità leggermente temperata dalla relativa rarità della malattia, benchè essa sia certamente più frequente di quanto non lascino supporre le osservazioni finora registrate.

Le cause essenziali sono rappresentate da una ostruzione arteriosa, venosa, o arteriosa e venosa in corrispondenza del mesentere: talora si tratta di lesioni dei capillari intraparietali dell'intestino. Questa ostruzione vascolare è per lo più di natura organica: potrebbe tuttavia essere funzionale e conseguenza di uno spasmo, ma questa eventualità non è sicuramente dimostrata. A produrre le suddette alterazioni sono stati invocati diversi fattori morbosi, di cui veramente non sempre si può stabilire il rapporto diretto con l'infarto: ad ogni modo essi possono agire indirettamente attraverso lesioni delle pareti dei vasi mesenteriali. Questo va detto a proposito dei traumi, dei corpi estranei, della compressione per opera di aderenze o di tumori, di alterazioni varie dell'apparato digerente, di affezioni della vena porta e della milza, di affezioni genitali nelle donne, di affezioni cardiovascolari, di interventi chirurgici, ecc.

In seguito ad un infarto del mesentere si trova quasi sempre nel cavo addominale una certa quantità di liquido per lo più siero-emor-

ragico: l'ansa infarcita si riconosce facilmente pel suo colore che va dal rosso al nero secondo l'età della lesione e si presenta inerte, spesso rigonfia. La parete intestinale si presenta al taglio ispessita, edematosa ed infiltrata da un liquido sanguigno. Per lo più v'è un limite netto tra l'intestino normale e quello infarcito. Nel mesentere talora si nota un triangolo rosso o nero infiltrato di sangue con la base volta verso l'intestino. L'infarto può interessare una piccola parte dell'intestino o parecchie anse. Le alterazioni vasali possono limitarsi alle arterie o alle vene, oppure interessare entrambe sotto forma di arterite o di flebite obliterante: talora non si riscontrano lesioni dei vasi mesenteriali, ma ciò non dimostra che esse non vi siano, perchè possono essere molto limitate e in sedi più o meno lontane delle zone infarcite. Ad ogni modo in alcuni casi effettivamente tali lesioni non esistono ed allora nella patogenesi dell'infarto bisogna rifarsi a spasmi vascolari, a fenomeni anafilattoidi, a fenomeni di choc tossico, in cui avrebbero importanza essenziale corpi istaminosimili.

Dal punto di vista clinico l'infarto intestinale per lo più si manifesta bruscamente con dolori vivissimi prima diffusi a tutto l'addome e poi tendenti a localizzarsi alla fossa iliaca destra, all'epigastrio, all'ipocondrio destro, all'ombellico: la crisi dolorosa si calma dopo vario tempo (da pochi minuti a qualche ora) ma può risvegliarsi ad intervalli. I dolori sono accompagnati da vomito: a poco a poco l'intestino viene colpito da occlusione paralitica con arresto delle feci e talora anche dei gas. Ne consegue meteorismo addominale. La temperatura per lo più si presenta modicamente elevata: v'è iperleucocitosi. Questi sintomi, poco caratteristici e comuni con molte altre affezioni addominali rendono difficile la diagnosi, cui può condurre soltanto il combinarsi di diversi criteri di probabilità.

La terapia è soprattutto chirurgica: può rivestire modalità diverse secondo il tipo della lesione, ma per lo più si tratta di una resezione intestinale che comporta l'asportazione di tutta la zona intestinale nettamente infarcita e di un tratto sopra e sottostante. di apparenza sano, di circa 10-15 centimetri.

F. TOSTI.

Modificazioni ematologiche nei revisionati a distanza per ulcere gastriche perforate.

(M. GHEZZI. *Ospedale Maggiore*, n. 31, 1939).

Dopo un breve riassunto sui recenti studi intrapresi per studiare i rapporti fra interventi chirurgici sullo stomaco ed alterazioni dell'apparato emopoietico, l'A. riferisce le osservazioni fatte su 142 operati di stomaco in occasione di una revisione generale di detti pazienti fatta presso gli Istituti Ospitalieri di Milano.

Le osservazioni pubblicate riguardano esclusivamente le condizioni emocromocitometriche dei pazienti, i quali vengono dall'autore divisi in tre gruppi e precisamente: 1° gruppo: 69 operati di gastrorrafia e duodenorrafia o di altri interventi plastici dello stomaco; 2° gruppo: 36 operati di gastrorrafia e gastroenterostomia; 3° gruppo: 37 operati subito dopo la perforazione, o a distanza di tempo, di resezione gastrica.

Lo studio dei pazienti del 1° gruppo rivelò un numero di globuli rossi oscillante entro limiti normali, mentre nella maggior parte si notò un aumento del tasso emoglobinico e quindi un valore globulare spessissimo superiore alla unità. Fu notato un solo caso di iperglobulia (5.600.000).

Anche nel secondo gruppo di pazienti le cifre della emometria segnano numerosi aumenti al disopra della norma; i valori globulari sono frequentemente superiori alla unità per la netta prevalenza della percentuale di emoglobina sul numero dei globuli rossi.

I 37 operati di resezione gastrica (terzo gruppo) hanno dimostrato tasso emoglobinico e valor globulare normale, nè hanno permesso di constatare la presenza di anemia di tipo pernicioso nè di anemie secondarie gravi e neppure di anemie lievi ipocromiche achiliche.

In conclusione l'A. ritiene che le modificazioni riscontrate nella crasi sanguigna di individui sottoposti ad interventi gastrici sono di assai scarso rilievo. In quanto poi alla resezione gastrica la esiguità dei reperti permette di affermare che esso intervento può andare disgiunto da qualsiasi alterazione della crasi sanguigna.

IANDOLO.

APPARATO CIRCOLATORIO.

Cura dietetica delle malattie del cuore e della circolazione.

(K. GUTZEIT. *Mediz. Welt*, 15 luglio 1939).

La funzione principale degli organi circolatori è quella di provvedere una sufficiente quantità di ossigeno ai tessuti della periferia. Nelle insufficienze cardio-circolatorie il fabbisogno in ossigeno della periferia non viene più coperto: si può allora cercare di ripristinare l'equilibrio in due modi, e stimolando cuore ed organi circolatori a maggiori prestazioni (terapia medicamentosa) oppure diminuendo i bisogni di ossigeno periferici e scaricando in tal modo la circolazione (terapia dietetica). Principale indicazione per la terapia della insufficienza cardiaca e circolatoria è quella di istituire una « vita minima » nei tessuti: il malato stesso segue questa via, perdendo l'appetito. La limitazione dell'ali-

mento riduce considerevolmente il lavoro delle glandole e della muscolatura digestiva, e le combustioni nei tessuti: lo stato vuoto e la mancanza di fermentazioni dell'intestino permettono al diaframma di scendere più in basso e di muoversi più liberamente, ciò che favorisce il riflusso del sangue venoso al cuore. I principi fondamentali della cura dietetica delle malattie del cuore e della circolazione sono la limitazione dei liquidi, la povertà di calorie e la povertà di cloruro di sodio. La cura della sete riduce gli edemi che difficoltano la circolazione periferica: come gli altri tessuti è inoltre edematoso anche il miocardio e in tali condizioni diventa più facilmente insufficiente. Oltre alla deficienza di liquidi, la deficienza di sale favorisce il riassorbimento degli edemi: limitando la somministrazione a meno di un grammo, si ottiene anche senza medicamenti un buon prosciugamento dell'organismo. Il liquido degli edemi è ricco di cloruro di sodio: mentre i sali di sodio passano in esso, il potassio e l'acido fosforico passano nel sangue e vengono eliminati dai reni. In tali condizioni è utile, oltre a limitare il sale, somministrare potassio: i sali di potassio rendono il lavoro muscolare più economico e creano una situazione del ricambio che scarica l'apparato circolatorio. Cure che tengono conto dei detti requisiti principali sono la cura di Carell e la cura di Volhard: povere di calorie, di liquidi e di sale, esse contengono proteine animali, le quali oltre a fornire sempre una certa quantità di cloruro di sodio acidificano il ricambio e determinano con ciò un più intenso metabolismo proteico. Invece una dieta di frutta e verdura ha effetti alcalinizzanti e diminuisce il consumo proteico, è poverissima di cloruro sodico ed è ricca di sali di potassio del cui benefico effetto si è già detto. Si ottengono i migliori risultati con la dieta vegetariana cruda. Nei casi gravi si ricorre sempre alla cura del digiuno: i pazienti ricevono in 3-5 porzioni giornaliere, una quantità complessiva di 600-1000 cmc. di succhi: 2/3 succo di frutta e 1/3 succo di erbaggi. Questa cura si prolunga per 10-12 giorni, talora anche per 4-6 settimane. Gli effetti sono sorprendenti in tutte le età: gli edemi si riassorbono, tutti i disturbi si attenuano e scompaiono, si ristabilisce il compenso. Leggeri lassativi salini o irrigazioni svuoteranno l'intestino: del resto si farà a meno di qualsiasi cura medicamentosa, ricorrendo in caso di bisogno a luminalette contro la insonnia e intraprendendo non appena le condizioni migliorate lo permettono, cure fisiche (frizioni, massaggi, esercizi respiratori, ginnastica, passeggiate). Nei primi giorni di cura e fino a che non si è ottenuto un certo grado di compenso, è necessario il riposo a letto. In due sole condizioni la cura del digiuno non basta e si deve ricorrere anche ad altri mezzi di cura: nella aritmia totale si inizia la cura con iniezioni di strofantina e nell'asma cardiaco acuto con edema polmonare si inizia la cura col salasso e poi se necessario anche con iniezione di strofantina.

Appena ottenuto un miglioramento, anche in queste due condizioni si passerà alla sola cura dei succhi crudi. Questa è indicata anche per i casi a lungo trattati con medicamenti e diventati ad essi refrattari: dopo una cura di succhi crudi malati prima refrattari alla digitale e allo strofanto tornano a risentire benefici effetti da tale terapia medicamentosa.

Durante la cura del digiuno a base di succhi, il peso del malato diminuisce di 500-1000 gr. al giorno, se vi erano edemi cospicui. In pochi giorni il paziente respira più liberamente, può stare di nuovo in posizione orizzontale, passa delle buone notti. Il fegato si riduce visibilmente, scompaiono gli edemi, l'albuminuria e la bilirubinemia, il polso si rallenta e spesso si regolarizza, aumentano le escursioni respiratorie, l'ombra cardiaca prima sfumata (miocardio edematoso) assume un contorno netto. Nessuna altra terapia riesce a ridurre così presto e così sensibilmente l'ipertensione: pressione di 200-240 mm. Hg si riducono a 130-130, senza alcun altro coadiuvante terapeutico. Soltanto nella ipertensione renale fissa la pressione non risente alcun vantaggio da tale cura che quindi non è in tali casi consigliabile.

La parte più difficile nella cura del digiuno è lo stabilire quando questo sia stato sufficiente e si debba interrompere, il passaggio ad una dieta stabile e l'avvezzamento del sistema circolatorio del paziente a normali condizioni di alimentazione. Il digiuno è stato sufficientemente lungo quando il malato a letto non ha più nè edemi nè epatomegalia nè stasi polmonare, quando la lingua si è pulita, l'appetito è ritornato ed il peso non diminuisce più in modo sensibile. Lasciando immutata la quantità totale di liquido, si sostituisce allora prima 1/3, dopo pochi giorni un altro terzo della quantità di succhi, con alimenti crudi. Dopo altri giorni, se permangono buone le condizioni circolatorie, si sostituisce un terzo della quantità totale di liquido, con vegetali cotti. A poco a poco si passa così ad una dieta vegetariana mista, badando però a che una parte consista in frutto e verdura cruda. Successivamente si aumenta la quantità di liquidi di 200 gr. sostituendoli quindi con alimenti vegetali: dopo un po' di tempo, nuovo aumento di liquidi nello stesso modo. Questi aumenti progressivi impongono grande cautela al medico e molta pazienza al malato: si pensi sempre che qualsiasi sovraccarico porta a nuoscompenso. In questo stadio della ripresa alimentare è necessario un controllo quotidiano del peso: rapidi aumenti fanno sospettare una ritenzione di acqua, è bene che il peso rimanga immutato o che aumenti al massimo di 1/2-

1 Kg. per settimana. La dieta permanente deve essere definitivamente povera di liquidi e quasi priva di sale: per molto tempo deve esservi una preponderanza di alimenti vegetali crudi. Accanto a questa ripresa alimentare che si deve estendere per settimane, va dosata attentamente anche l'attività muscolare del malato.

P.

L'embolia gassosa arteriosa.

(CURTILLET E. *Journal de Chirurgie*, n. 4, aprile 1939).

L'A. comincia con il dare la definizione di embolia gassosa arteriosa per la quale devesi intendere l'entrata di aria in una vena polmonare ed il suo successivo trasporto verso i territori arteriosi della grande circolazione. L'embolia venosa invece si ha per l'ingresso di aria in una vena periferica che la trasporta al cuore destro e all'arteria polmonare.

L'embolia crociata è realizzata dall'entrata di aria in una vena periferica e dal suo passaggio nel cuore sinistro, che la spinge nel grande circolo.

Con un accurato ed importante studio sperimentale l'A. riesce a chiarire molti punti dell'embolia arteriosa. Precisa così che la penetrazione di aria in una vena polmonare richiede la condizione che il vaso sia beante (ciò si ha specialmente quando il tessuto perivasale è sclerotizzato, indurito); e la condizione che la pressione sanguigna sia inferiore a quella dell'aria ambiente (ciò si verifica specialmente nelle fasi di depressione inspiratoria e nel decubito laterale). L'ingresso dell'aria in una vena è determinato in patologia umana durante manovre chirurgiche su un tessuto sclerosato, durante punture di aghi che perforano ad un tempo un bronco ed una vena, durante pnx terapeutici che rompono aderenze.

L'aria, giunta al cuore sinistro e all'aorta, progredisce in direzione ben definita secondo il decubito del corpo: in posizione laterale sinistra imbocca il tronco brachio-cefalico, in posizione laterale destra la succlavia e la carotide, nelle posizioni declivi imbocca l'aorta addominale. Man mano che il calibro del vaso si riduce, la bolla gassosa si assottiglia, e si riduce anche di volume per progressivo riassorbimento.

Essa si arresta definitivamente nelle arteriole di 30-40 (nel coniglio), e non passa che eccezionalmente nei capillari. Una volta arrestata, la bolla si riassorbe, e la circolazione si ristabilisce immediatamente. Il passaggio dell'aria dal territorio arterioso a quello venoso, non si compie attraverso i capillari, ma attraverso anastomosi artero-venoso, là dove esistono.

Importanti le osservazioni riguardanti il comportamento del sangue e delle pareti vasali dinanzi ad un embolo gassoso. L'A. ha veduto spasmi intensi ma passeggeri sulle arterie, ma non sulle arteriole; al contrario ha veduto una vasodilatazione arteriolo-capillare a valle dell'embolia. Inoltre ha constatato che a valle della bolla si produce talvolta un agglomerato di emazie che può essere il punto di partenza di un trombo. Per quanto si riferisce alle cause di morte, l'A. precisa che per arrivare all'esito letale è necessario che la quantità d'aria sia notevole e che siano colpite le art. coronarie, le art. bulbari, le art. cerebrali.

Lo studio è completato da tre osservazioni cliniche assai interessanti, delle quali l'A. si serve per tracciare il quadro o i quadri sintomatici dell'embolia nell'uomo, e per indicare norme di terapia. A proposito della quale è opportuno ricordare che l'embolia in chirurgia polmonare è praticamente evitata operando in decubito declive ed in iperpressione. Quando l'embolia è già istituita, il solo mezzo per far procedere l'aria è quello di determinare una vasodilatazione, che si ottiene specialmente con l'acetilcolina. RUGGIERI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

RAFFAELE PAOLUCCI. *Tecniche Chirurgiche.* Vol. I. Cappelli, editore, Bologna, 1939.

Ad illustrare gli scopi e le finalità del volume che in oltre 200 pagine e 156 figure (disegnate dal pittore Caroli direttamente sul campo operatorio durante gli interventi), tratta alcune tecniche chirurgiche usate comunemente, riportiamo la prefazione che il prof. Paolucci ha dettato. Questo primo volume illustra « La clinica chirurgica di Bologna, così come è stata ricostruita e resa modernissima negli anni della direzione del Paolucci, la statistica degli interventi eseguiti, e degli anestetici e dei metodi di anestesia usati e le tecniche operatorie del morbo di Flajani-Basedow, dell'amputazione della mammella, dell'ascesso fetido del polmone, della toracoplastica extrapleurica parziale superiore per la cura della tbc. polmonare, della lobectomia in un tempo della colecistectomia della gastroenteroanastomosi dell'appendicite, della resezione per ulcera gastroduodenale e per ulcera gastroduodenale perforata, della cura chirurgica del cancro dello stomaco, dell'ulcera peptica post-operatoria e del colon. Insieme al Maestro hanno collaborato alla descrizione delle tecniche i dottori Bendandi, Bernabeo, Conti, Merlini, Pascatori, Principalli, Ruggieri, Tomassini. L'editore Cappelli ha dato alla veste tipografica del volume la nota personale impronta editoriale. Dice la prefazione:

« Questo volume che i miei collaboratori ed io abbiamo redatto e che il disegnatore della Clinica Caroli ha illustrato riporta alcune delle tecniche chirurgiche che noi abbiamo adoperato nei sei anni della nostra permanenza a Bologna.

« Niente di peregrino e niente di nuovo. Se ogni chirurgo ha i suoi particolari dettagli di tecnica, in linea generale i vari metodi operatori si rassomigliano. Ma la chirurgia è fatta anche e sopratutto di dettagli. Viaggiando per il vasto mondo, vedendo operare chirurgi grandi e piccoli, ho appreso dagli uni e dagli altri, e forse più dagli ultimi che dai primi. Anche quando si assiste a una operazione male eseguita si apprende qualcosa; se non altro si vede come possano divenir difficili cose che a noi sembrano facili e ci si riafferma nelle proprie capacità e convinzioni ed anche se attraverso tentennamenti ed errori, un qualche piccolo particolare di dettaglio si strappa sempre a colui che opera: uno strumento semplice ed utile, un punto ben sistemato, un qualunque ripiego di tecnica. Infine e sopratutto ci si rende conto del come e perchè le statistiche operatorie (parlo di quelle oneste, si intende) siano così diverse tra i vari chirurgi. A proposito della colecistectomia ad es., ebbi quando dirigevo la clinica chirurgica di Parma una mortalità del 9 % che deve essere considerata alta anche se chirurgi di chiara fama ne accusano una maggiore. Perchè altri chirurgi avevano una mortalità di molto inferiore? Sono andato a vederli, ed ho compreso tante cose; alcune ne ho copiate, altre ho modificate e vi ho apportato qualche aggiunta e sono arrivato su varie centinaia di casi a una mortalità che nelle donne è al di sotto dell'1 %. Così per il morbo di Flajani-Basedow. Mi è presente alla memoria, talora mi dà turbamento il volto di qualche mio operato perduto nei primi tempi.

« Accresciuta esperienza, preparazione preoperatoria accurata, dettagli di tecnica mi hanno portato oggi a considerare la tiroidectomia per morbo di Flajani-Basedow operazione senza mortalità. E così per la grande chirurgia gastrica specie quella per le ulcere peptiche postoperatorie, in cui ebbi una mortalità del 24 % nei primi 25 casi e del 7 % nei secondi 28, così nella chirurgia del grosso intestino e specialmente del retto, e dei grossi interventi per via addomino perineale.

« La chirurgia è una grande arte che si sviluppa sopra salde fondamenta scientifiche: non può prescindere dalla scienza, come non può prescindere dall'arte. Quella si apprende sui libri, nei laboratori, nelle corsie; questa invece solamente nelle sale operatorie. E non in una sola. Colui che si illude di saperne già abbastanza ed è soddisfatto di sè, e si chiude nel suo reparto, e non sente ogni tanto il bisogno di vedere cosa si fa al di là della sua porta, potrà anche avere soddisfazioni professionali grandissime e, giudicandosi a questa stregua, ritenersi imbattibile; ma avrà rinunciato alla più pura gioia del chirurgo, quella di superarsi, e di rinnovarsi, e di tendere sempre più alla perfezione, la quale è trascendente come l'ideale.

« Questo libro non è che un riflesso di quello che si è fatto nelle sale chirurgiche di S. Orsola in Bologna nei sei anni della mia direzione. Esso può sostituire, almeno in parte, un viaggio per assistere alla modesta opera nostra. Ma noi non siamo affatto soddisfatti, e con questo volume non abbiamo voluto che fissare una tappa del nostro cammino in alcuni campi della attività chirurgico-operativa. Spero ne seguiranno altri. Esprimo anche l'augurio che rileggendolo fra qualche anno lo troveremo in molti punti superato, così da sentire il bisogno di apportarvi modificazioni ed aggiunte; e saremo grati a chi ci aiuterà col consiglio e coll'esperienza a correggere i nostri difetti e colmare le nostre lacune ». G. B.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

FIESSINGER N., OLIVIER H. R., HERBAIN M. — *Diagnostics biologiques.* IV Ed., pagg. 766. Editore Maloine, Parigi, 1938.

La quarta edizione del fortunato libro di Fiessinger e collaboratori, esce, accresciuta e rimodernata, verso un sicuro successo.

Il libro è diviso in due parti: la prima è pura metodologia applicata alla medicina. Presa a sè, costituisce un ottimo manuale di laboratorio per il medico. Vi si trovano: la descrizione del perfetto laboratorio, con la pianta del tavolo da lavoro e segnato il posto per i singoli reagenti; lo schema del perfetto stabulario, e poi tutti i metodi di laboratorio, per tutte le ricerche chimiche, batteriologiche, ematologiche, che possono servire a chiarire la diagnosi.

La seconda parte del libro contiene la descrizione dei metodi della semeiotica funzionale, classificati secondo l'organo o il sistema: esplorazione funzionale del tubo digerente, della funzione respiratoria dell'apparato cardio-vascolare, ecc.

Abbiamo chiamato questo libro manuale: ma vorremmo spiegarci sul significato, che questo nome assume in questo caso.

Manuale perchè è un libro scritto in modo, che il lettore vi trova subito a portata di mano, ciò che cerca, esposto in una forma così chiara, come può fare soltanto chi ha usato, controllato, messo a punto ogni metodo che descrive e ne ha vinte le difficoltà e sa dove il collega, che ne ripeterà l'esecuzione, potrà avere delle incertezze. Ma trattato e non manuale, può chiamarsi questo libro, per la sua completezza: non un metodo ma molti sono esposti per ogni dosaggio e di ciascuno son detti i vantaggi e le particolarità.

Ogni argomento è esposto in tre capoversi successivi che si intitolano: che cosa serve, che cosa bisogna fare, che cosa bisogna dire.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Ed è in questa disposizione squisitamente pratica della materia trattata, di per sè molto arida, che sta il maggior pregio del libro, che si differenzia dai troppi manuali di chimica e di microscopia clinica, in cui le varie tecniche sono esposte così teoricamente, che spesso riesce molto difficile trasportarle nella realtà.

Sotto il capoverso « che cosa bisogna dire » sono compresi, prima di tutto, i risultati della prova o del dosaggio descritti, in soggetti normali e poi brevi considerazioni sul valore dei risultati nei vari quadri morbosi, al cui studio si addicono quella prova e quel dosaggio. Sono questi brevi cenni di diagnostica funzionale, che giustificano il titolo del libro, che sarà certamente molto apprezzato da coloro, cui spetta il compito di confortare col responso del laboratorio, l'ipotesi diagnostica, di cui spesso il metodo intuisce la realtà pur senza potersene egli stesso convincere, col solo esame clinico del paziente.

C. F.

L. DÉROBERT. *Les Troubles de la Thermorégulation (Coup de Chaleur)*. Masson et C.ie Editeurs. Paris 1939, pag. 218, Prezzo fr. 60.

Il libro è dedicato al « colpo di calore » come il più grave e il più micidiale dei disturbi della termoregolazione, studiato sperimentalmente nella sua patogenesi e in quella dei fenomeni da esso provocati. Precede le ricerche una sintesi sulla termogenesi in generale, sugli effetti cellulari e organici del calore, sulle leggi che dirigono la regolarizzazione della termogenesi, di quell'agente che è l'elemento essenziale della vita, e che perciò costituisce un processo fisiologico di fondamentale importanza nei suoi elementi chimici e fisici.

A base della detta funzione regolatrice sta il cervello, la cui influenza eccitatrice e direttiva agisce su tutti i focolai termogenici, particolarmente per una speciale attività del bulbo, con il concorso del sistema autonomo e specialmente del simpatico, intermediario l'apparato endocrino.

L'A. tratta delle turbe della termoregolazione: esse sono tutte dovute all'accidente ipertermico. Illustra le varie sorgenti di ipertermia, non trascurando l'interessante e tuttora discussa questione della patogenesi della febbre; quindi entra nell'argomento specifico del « colpo di calore ». Ne descrive la storia, ne dà la definizione, ne espone l'etiologia nei suoi fattori estrinseci ed intrinseci; dedica un capitolo alle correlazioni del colpo di calore con l'industria, per passare alla sintomatologia clinica, alla anatomia patologica umana e sperimentale, alla patogenesi, alle sindromi accessorie. Segue un interessante studio clinico e comparativo sulla « insolazione » e sul « colpo di sole ».

La parte più originale e più personale del lavoro è quella dedicata agli studi sperimentali, eseguiti nel Laboratorio di Medicina legale della Facoltà Medica di Parigi, diretti sopratutto al controllo delle lesioni macro- e microscopiche conseguenti all'agente ipertermico sui cani e sui conigli e sulle cavie, e che sono riprodotte in tavole fuori testo con nitide e interessantissime microfotografie.

Mentre l'A. presenta il suo lavoro come una semplice documentazione sperimentale della patogenesi del « colpo di calore », per quanto ricca di minuziose, dimostrative anzi conclusive deduzioni, per la verità deve riconoscersi che esso è un autentico e completo trattato su quanto si riferisce ai turbamenti della termogenesi, solo mancando riferimenti alla terapia, per i quali lo stesso A. dichiara di non avere avuta la possibilità di compiere ricerche.

La parte bibliografica per la sua mole e il suo aggiornamento può giudicarsi completa: molti sono gli autori italiani in essa ricordati.

G. MÒGLIE.

A. BIER. *Neue Gesichtspunkte in der Vererbung*. Un vol. in-16°, pagg. 70, rilegato. J. Springer, Berlin 1938. Prezzo, RM. 3,50.

Nella sua verde vecchiezza (77 anni) Augusto Bier si occupa di problemi dell'eredità, studiandoli specialmente sui lupini, su cui ha fatto particolarmente sulle mutazioni, interessanti ricerche, che lo portano a considerazioni generali sulle varie questioni che sorgono a proposito dell'ereditarietà. Così, p. es., è nota la polemica fra mendelisti e darwinisti, nella quale egli interviene con una concezione armonica, nel senso che non si deve contrapporre la persistenza alla variabilità dei caratteri. La persistenza è quella che noi chiamiamo erroneamente ereditarietà; mentre non si eredita soltanto quello che è persistente, ma anche il variabile. L'ereditarietà del persistente balza agli occhi e colpisce maggiormente, mentre quella del variabile passa inosservata perchè più lenta a svolgersi. Invece, è proprio questa che — esaminando i fatti per grandi epoche di tempo — rimane. Il vecchio scompare e resta l'eterno divenire e svanire. L'irrigidimento sulle vecchie condizioni è un'illusione dei nostri sensi e della nostra intelligenza. « Tutto scorre », come ha detto Eraclito a cui l'A. si inspira.

fil.

ERNST MEYER. *Grundzüge der praktischen Elektrotherapie*. Vol. in-8°, di pagg. 100. G. Thieme, editore, MK. 3,80.

In poche pagine Meyer ha raccolto quanto può servire a colui che si deve servire correntemente della elettroterapia: fondamenti elettrofisici e apparecchi in uso corrente, azione della corrente nel corpo umano, trattamenti con correnti costanti e con correnti alterante di bassa frequenza; trattamenti con correnti di

alta frequenza (diatermia e onde corte); pericoli delle correnti elettriche.

Il piccolo libro è una guida utile per il medico pratico. MILANI EUGENIO.

G. CESARE. *La tubercolosi nell'arte*. Un vol. in-16° di 134 pagg. Ist. Edizioni accademiche, Udine, 1939. L. 8.

La tubercolosi ha ispirato artisti e scrittori ed è stata, anzi, per un certo periodo quasi idealizzata come malattia aristocratica e raffinata; ha colpito degli uomini geniali e si è anzi voluto da taluno attribuire una certa influenza eccitatrice alle tossine tubercolari.

Lo studio dei rapporti della tubercolosi con l'arte si presenta quindi assai interessante; l'A. vi si è accinto col sussidio di vaste letture ed espone l'argomento in vari capitoli dai titoli suggestivi: Penombre; I maghi del colore; Tristezze ed evoluzioni della psiche; Echi e risonanze, ecc., terminando con l'auspicio che l'arte tenda ad abbellire ed ingentilire l'ambiente sanatoriale ed ospedaliero, in genere, contribuendo così al risanamento dell'infermo.

Molto scrupoloso è stato l'A. nelle citazioni bibliografiche, di cui alcune fonti non appaiano troppo peregrine. Fra le più tipiche forme di tubercolosi dalla fine sensibilità artistica, vi sarebbe stata da citare anche la Barkitsheff, come pure fra i romanzi inspirati alla tubercolosi avrebbe potuto trovare il suo posto la nota « Montagna incantata ». Qua e là si può anche dissentire dall'A., come per il caso di Leopardi non sembrandomi necessario l'invocare l'eziologia tubercolare per spiegare una bronchite cronica in un gobbo. Tali osservazioni, comunque, non intendono di essere delle critiche, ma dimostrano anzi che il libro si legge tutto con interesse. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Società Napoletana di Chirurgia.

Seduta del 15 luglio 1939-XVII.

Presidente: Prof. L. DOMINICI.

Sulla preanestesia.

Relazione del prof. LUIGI IMPERATI.

L'O., dopo aver segnalata la tendenza molto diffusa al allineare sullo stesso piano, confondendone i termini, la preanestesia, la narcosi basale, il sonno crepuscolare, la narcosi di introduzione ecc., stabilisce che, nel campo dell'anestesia, bisogna considerare separatamente: 1) la narcosi completa; 2) la narcosi basale; 3) la prenarcosi, meglio detta preanestesia. Di quest'ultima egli delinea le caratteristiche essenziali, cercando di determinarne con precisione gli scopi e i limiti, sopratutto rispetto all'anestesia cosiddetta basale.

Dopo aver tracciata la evoluzione storica della preanestesia, dalla morfina in poi, tratta più diffusamente di alcuni moderni preanestetici, dei quali è stata fatta più larga esperienza nella sua Clinica, come il Preanest, la Scopolamina-eucodale-efetonina e il Dilaudid-scopolamina, esponendo le ragioni che giustificano la preferenza data a quest'ultimo.

Vengono infine prospettate le indicazioni generali sull'impiego clinico dei preanestetici ed i criteri di scelta da tener presenti in rapporto: 1) alle condizioni individuali dell'operando (età, costituzione, resistenza fisica, ecc.); 2) al tipo di anestesia (locale, da inalazione, spinale, endovenosa, ecc.) e al tipo di intervento (cranio, torace, addome, apparato orinario, ecc.).

Hanno preso parte alla discussione sul tema di relazione i soci: FALCONE, LANZILLO, MAURO, VOLPE, DOMINICI, SQUILLACCIOTI, RUSSOLILLO.

Il Segretario: Prof. L. IMPERATI.

Società Medica della Libia.

Seduta del 16 luglio 1939-XVII.

Presidente: Prof. ALBERTO CIOTOLA.

Efficienza e limiti dell'ascoltazione nella diagnostica della tubercolosi pleuro-polmonare.

BETTOLO. — L'O., in riferimento alle peculiari condizioni dell'esercizio della medicina nelle Colonie ove non sempre è possibile avere apparecchi radiologici a disposizione, illustra l'efficienza dell'ascoltazione nella diagnostica pleuro-polmonare. Nega che esista attualmente una « crisi dell'ascoltazione » la quale non ha bisogno di alcuna riabilitazione, nè deve considerarsi soppiantata dalla roentgen-diagnostica; se quest'ultima ha la priorità nello scoprire lesioni parenchimali disseminate, caverne polmonari piccole e profonde, localizzazioni scissurali, ecc., così la steto-acustica informa assai meglio che non i raggi X sullo stato evolutivo e il dinamismo nelle lesioni, sul loro grado di umidità o di secchezza, insomma sulla maggior parte degli elementi essenziali per fissare una prognosi o sciogliere una terapia.

L'O. dimostra pure come metodo radiologico e metodo ascoltatorio debbano armonizzarsi a vicenda allo scopo supremo della diagnosi e conclude ricordando che la radio-diagnostica toracica è un legame indispensabile fra stetoscopio e tavolo di autopsia.

Le reazioni per lue in Tripoli in rapporto alla razza.

NASTASI. — L'O. riporta i risultati delle sierodiagnosi per la lue da lui eseguite (R. W., S. W. e Kahn) durante la direzione del Laboratorio dell'Ospedale Coloniale di Tripoli dal gennaio 1930 all'agosto 1935 studiandole in rapporto alle quattro razze principali presenti in Tripoli e precisamente: la italiana, l'araba, l'etiopica, la israelitica.

Per quanto riguarda le reazioni eseguite sul sangue ha riscontrato le seguenti percentuali di positività sugli esami eseguiti:

— il 14,65 % tra gli italiani;
— il 21,56 % tra gli arabi;
— il 36,78 % tra gli eritrei;
— il 10,65 % tra gl'israeliti.

L'O. distingue anche i differenti rapporti percentuali tra militari e civili e discute le discordanze ottenute fra le varie reazioni eseguite basandosi sui dati clinici che gli venivano forniti.

Per quanto riguarda il liquor ha ottenuto nello stesso periodo di tempo 9 R. W. positive in italiani, 5 in arabi, nessuna in eritrei, nessuna in israeliti. Anche per ciascuno di questi casi l'O. cita le notizie cliniche a lui note con lo scopo di portare un modesto contributo allo studio della neurolue tra le popolazioni dell'Africa Italiana del Nord.

MODICA non ha elementi sugli esami eseguiti finora nel Laboratorio della Sanità Pubblica, ma ha l'impressione che i risultati non debbano essere molto diversi da quelli ottenuti da Nastasi.

CIOTOLA riferisce che molti autori ritengono che la terapia neosalvarsanica possa influire nell'aumento dei casi di neurolue, cosa che viene confermata dai vecchi medici coloniali che, per esempio in Eritrea, non avrebbero mai constatato forme nervose nella popolazione locale.

BRAVI si compiace con il relatore per aver colmato una lacuna nei dati documentativi statistici e critici sulle reazioni sierologiche sangue-liquor nel periodo 1930-35. Un dato interessante che riguarda le reazioni liquorali, è quello della negatività del contingente israelitico: nessun liquor degl'israeliti ha dato reazione positiva o dubbia per la sifilide. Anche nella modesta pratica ospedaliera e ambulatoria, il dott. Bravi, in quattro anni, non ha riscontrato un solo caso di neurolue.

L'unico che abbia riportato dati statistici comparativi, dal punto di vista razziale, è il Decrop sui marocchini. Colmando questa lacuna statistica, il quadro della neurolue è ormai completo per la Libia, iniziando coi primi cenni del Casoni, 1920, al lavoro di Longo, 1929, con Nastasi, sino al 1935, con Bravi, 1935-36. Dal 1937 al 1939, la documentazione viene anticipata, in sede di discussione, dal dott. Bravi, con la presentazione di cinque malati, tutti musulmani, affetti da forme gravi di neurolue, fra cui due demenze paralitiche e due taboparalisi, che faranno oggetto di una comunicazione prossima: i dati liquorali di tali malati, sono indubbii e particolarmente gravi.

Senza voler riportare la discussione sulla neurolue nordafricana, che sarà oggetto d'ulteriori studii, il dott. Bravi richiama l'attenzione sulla recente monografia di Porot d'Algeri e sul trattato di Sézary del 1938: la convinzione che la neurolue sia meglio studiata e si vada più chiaramente delineando nei popoli un tempo apparentemente indenni — vuoi per maggior cura di indagini vuoi per più sottile selezione sociale — sembra farsi lentamente strada nella mente dei sifilografi e dei neurologi. Epperò, la dottrina dell'evoluzione storica della sifilide, attraverso le generazioni umane — cui contribuirono, fra gli italiani, Cerletti e Benassi, fra i francesi, Sicard e Sézary — acquista sempre maggiori addentellati dimostrativi.

TRIPODI precisa che, nella pratica clinica ed ambulatoria, ha avuto occasione di riscontrare spesso la lue terziaria nelle sue manifestazioni organiche viscerali, ma raramente la forma a localizzazione nervosa, anche a tipo meningovascolare; e chiede se tale rilievo è stato fatto anche da altri.

BRAVI, rispondendo al prof. Tripodi, riconosce, nell'ambito della propria pratica locale (un triennio), la fondatezza di tale rilievo, come, in genere, la relativa rarità delle forme neuroluetiche meningovascolari.

BETTÒLO sottolinea l'importanza degli studii di Nastasi e di Bravi: rammenta altresì che, proprio recentemente, sul *Journal Amer. Med. Association*, è riferito uno studio sulle malattie mentali fra gl'indigeni della Giamaica: le forme neuroluetiche sarebbero assenti. Rispondendo al prof. Bettòlo, Bravi accenna alla neurolue indigena extrafricana, particolarmente agli studii di Gans nelle Indie neerlandesi, ove la neurolue, apparsa tardi, si sta diffondendo.

Utilizzazione del coagulo sanguigno per la reazione di Weil Felix.

MODICA. — L'O., dopo aver accennato ai pochissimi tentativi di utilizzare il coagulo sanguigno per le prove di agglutinazione, fa rilevare la grande importanza che può assumere in alcuni casi nelle colonie questo metodo diagnostico, e dopo aver esposto una modificazione alla tecnica della coagulo-agglutinazione (C. A.), che accoppia una notevole esattezza ad una discreta facilità di esecuzione, riferisce sulla possibilità di avvalersi del coagulo sanguigno per l'esecuzione della Weil-Felix.

Dall'esame comparativo di 777 sieri, di cui 64 presentavano potere agglutinante per il Proteus X_{19}, 26 per l'Eberthella Typhi, e 21 per la Brucella Melitensis, desume che la presenza di agglutinine nell'estratto del coagulo è sempre dimostrabile quando esse sono presenti nel corrispondente siero; il rapporto medio tra il titolo della siero-agglutinazione (S. A.) e quello della corrispondente C. A. eseguita con la modificazione di tecnica descritta, è di 1:12 per la reazione di Weil-Felix, di 1:11 per la reazione di Widal e di 1:8 per la reazione di Wright.

Tenendo conto di questo rapporto si potrà desumere con approssimazione sufficiente, dal valore della C. A., il presunto valore della corrispondente S. A.

Tubercolosi ed elmintiasi a Tripoli.

RAVARA. — L'O., su seicento casi esaminati in un anno di lavoro dispensariale, ha riscontrato il 50 % di affetti da tubercolosi nelle sue diverse forme negli individui delle tre razze principali (italiana, araba ed ebrea) presenti in città. Ha notato una percentuale maggiore di forme nodulari apicali con infiltrati perifocali secondari attorno alle linfo-glandole dell'ilo. Nei pazienti presentati ha riscontrato il 60 % di italiani, il 40 % di arabi ed il 20 % di ebrei con tubercolosi infestati da ascaridi o da tricocefali o dall'associazione delle due infestazioni ed ha notato che spesso una cura antielmintica appropriata può migliorare anche la sindrome toracica.

Prognosi e curabilità delle caverne polmonari tubercolari.

BETTÒLO, SESSA e GIOVANNINI. — Gli OO., dopo avere affermato che l'esistenza di una caverna non costituisce — in generale e di per se stessa — un impedimento alla guarigione della t.b.c. polmonare, insistono sul concetto delle condizioni generali e locali per la cicatrizzazione delle caverne e sui fattori terapeutici, tra i quali il primo posto spetta alla collasso-terapia; questa, con tutte le sue forme di attuazione, sembra corrispondere meglio di ogni altra cosa nella cura delle caverne, unitamente ai moderni provvedimenti di lavaggio e drenaggio di esse, sistema Monaldi. *Il Segretario*: A. NASTASI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Alcune considerazioni sul drenaggio delle vie biliari infette.

Dalle interessanti ricerche di Westphal sull'anatomia dell'apparato muscolare delle principali vie epatiche e pancreatiche, sulle turbe funzionali di detti muscoli e sull'influenza del vago e del simpatico su detto apparato si deduce che delle lesioni organiche possono avere origine da disturbi primitivamente funzionali del sistema biliare, epatico e pancreatico. Dette ricerche sono state conferite dall'angiocolografia, praticata preferibilmente con soluzione di tenobryl al 45 %. L'angiocolografia, secondo gli autori che si sono maggiormente interessati dell'argomento, rappresenta un metodo di gran valore per l'esplorazione post-operatoria delle vie biliari. Nei casi gravi conviene intervenire in due tempi: prima si pratica una colecistostomia o una coledocostomia per drenare provvisoriamente e migliorare lo stato generale, poi attraverso la fistola si esplorano minuziosamente le vie biliari con l'angiocolografia; in secondo tempo si sopprimono tutti gli ostacoli esistenti sulle vie biliari e, se un nuovo drenaggio è necessario, si praticherà una colecistogastrostomia o una colecistoduodenostomia.

Iurasz A. (*Presse Médicale*, 15 aprile 1939) è d'avviso che, pur operando in due tempi con esplorazione angiocolografica minuziosa, non si è preservati dalle recidive. Dopo questi accenni l'A. passa a parlare del metodo di scelta del drenaggio delle vie biliari infette. Il drenaggio deve rispondere ai seguenti requisiti: impedire la formazione di stasi nelle vie biliari profonde, favorire la guarigione delle lesioni infiammatorie delle pareti, facilitare ai calcoli più piccoli, passati inosservati, o a quelli che sono in via di formazione nelle vie biliari intraepatiche, un libero passaggio nel duodeno.

L'A. dopo aver ricordato i vari metodi (dilatazione dell'ampolla di Vater con l'aiuto di sonde, drenaggio esterno dell'epato-coledoco con tubo di Kehr, anastomosi tra vescicola biliare e stomaco o duodeno) ne enumera gli svantaggi. Secondo l'A. il miglior drenaggio è costituito dalla coledoco-duodenostomia, preconizzata nei primi anni della chirurgia biliare, raccomandata da Sasse e applicata dell'A. in 68 casi. I vantaggi di questo metodo sono:

1) inutilità di un largo tamponamento del campo operatorio, che può dare in secondo tempo un'ernia post-operatoria;

2) influenza favorevole sullo stato infiammatorio delle pareti e sullo stato spastico dello sfintere di Oddi;

3) drenaggio completo delle vie biliari;

4) azione favorevole sulla stasi e sulle lesioni infiammatorie del pancreas.

L'anastomosi, che l'A. consiglia di praticare sulla parte retroduodenale e non sopraduodenale, deve essere fatta bene dal punto di vista tecnico se si vogliono ottenere risultati soddisfacenti. F. JADEVAIA.

Chirurgia della cistifellea.

Lavoro di revisione dei 512 interventi sulla cistifellea e le vie biliari eseguiti in 12 anni nell'Ospedale Vanderlbilt da Brooks B. e Wyatt T. E (*Annals of Surgery*, fasc. 3°, 1939).

Le operazioni vanno così divise: colecistectomie 351 con una mortalità operatoria del 2,6 % colecistotomie 54 col 14,8 % di mortalità, operazioni per ostruzione calcolosa del coledoco 31 col 17 %; colecistogastrostomie per tumore della testa del pancreas 21 col 14 %; colecistectomie in forme morbose addominali associate 55 (mortalità 18,2 %).

Gli AA. hanno evitato il più possibile di operare a caldo; il taglio di norma per le colecistectomie fu il paramediano destro. Fu posto quasi sempre un drenaggio a sigaretta nel letto della cistifellea, essendosi osservato che la ferita laparotomica si chiude nello stesso tempo anche nei casi senza drenaggio. Riportano poi i risultati a distanza da 1 a 12 anni dopo l'intervento fuorchè di 38 casi di cui non sono riusciti ad avere notizia.

Considerano guariti coloro che non hanno più avuto dopo l'operazione alcun disturbo e che non hanno bisogno di alcuna restrizione dietetica; migliorati quelli che non hanno una digestione perfetta e devono seguire una dieta speciale; non migliorati gli altri anche se non hanno più vere coliche epatiche.

Fra i colecistectomizzati per colecistite calcolosa con gravi e medie alterazioni patologiche della cistifellea hanno avuto il 76 % di guarigioni perfette ed il 2,7 % di non migliorati. I risultati sono inferiori nei colecistectomizzati per colecistite alitiasica con cistifellea gravemente alterata (60 % di guariti; 4 % non migliorati).

Molto peggiori sono i risultati nei colecistectomizzati la cui cistifellea aveva lesioni molto scarse. I guariti sono appena il 48 % ed il 14 % rappresentano coloro che dall'intervento non hanno tratto alcun beneficio.

Nelle colecistostomie eseguite per indicazioni disparate hanno avuto il 55 % di guariti e l'11 % di non migliorati.

Gli AA. concludono quindi confermando ancora una volta che i risultati della colecistectomia variano in modo inverso alla gravità della cura una volta che i risultati della colecistostomia sia come mortalità operatoria che co-

me risultati a distanza è stata ormai nettamente superata dalla colecistectomia. Ciò nonostante vi sono ancora casi nei quali la colestostomia ha la sua netta e precisa indicazione.

D'AGOSTINO.

Interventi precoci nelle malattie biliari.

E. L. Eliason e J. P. North (*Surg. Gyn. and Obst.*, n. 2, 1939) sullo studio di numerosi casi sostengono che l'intervento precoce nell'attacco acuto di colecistite, come pure nel corso della malattia riduce la mortalità e la morbilità. È necessaria una giudiziosa scelta del tipo dell'intervento (colecistostomia o colecistectomia), e un'oculata indagine delle controindicazioni generali del paziente.

Particolarmente importanti sono le cure post-operatorie: prevenzione dell'ipoventilazione basale e complicazioni polmonari con la posizione, ginnastica respiratoria, cambiamenti di posizione, drenaggio con aspirazione dello stomaco per evitare distensioni acute dell'addome; prevenzione di emorragia interna, peritoniti biliari col drenaggio; salvaguardia della funzione epatica con somministrazione di glucosio e sale per via endovenosa. L'A. è del parere che soltanto attenendosi strettamente a questi principi sia possibile ridurre la mortalità post-operatoria.

P. STEFANINI.

Nuovi metodi per lo studio della batteriologia del tratto urinario.

T. L. Schulte (*Proc. Mayo Clinic*, 19 aprile 1939) ha studiato la flora urinaria di individui normali, trovando in ordine di frequenza: *Micrococcus, Difteroidi, Strept. faecalis, Strept.* alfa e gamma, *Staph. albus, B. coli, Aërobacter aërogenes, Pseudomonas;* nella secrezione prostatica, ha trovato soltanto lo streptococco alfa. Nella metà dei casi, l'urina era sterile e, comunque, si avevano soltanto scarse colonie. L'urina raccolta col cateterismo degli ureteri è normalmente sterile.

Per la ricerca dei cocchi gram-positivi è consigliabile l'allestire delle piastre con agar-sangue-ormone o fare la semina in brodo di cervello glucosato. Alle volte, però, questi cocchi che formano degli ammassi nell'urina sono soltanto saprofiti ed è allora utile il saggiarne il potere patogeno. Ciò può essere fatto mediante l'inoculazione in conigli della coltura in brodo-cervello glucosato, oppure insemenzando un tubicino con cmc. 0,5 di plasma umano o di cavallo, con la coltura; la prova è positiva se, dopo 24 ore a 37°, il plasma è coagulato e si è formata una gelatina. Si può ritenere che il germe isolato sia patogeno (correlazione nel 90 % dei casi). La prova è specialmente utile per differenziare lo stafilococco dai micrococchi non patogeni. Nelle urine di normali, i cocchi risultano non patogeni.

Altro punto importante, nello studio della flora urinaria, è la determinazione dei germi che scindono l'urea. L'A. consiglia, a tale scopo, un mezzo di coltura composto con 5 g. di cloruro di sodio e 2 di peptone per 1000 di acqua distillata; vi si aggiunge come indicatore una soluzione alcoolica di blu timolo e si aggiusta il pH a 7. Nella sterilizzazione in autoclave, l'alcool si evapora. Si aggiungono poi ad ogni 10 cmc., 0,25 cmc. di soluzione di urea al 10%, filtrata attraverso candela.

Dopo semina di poche gocce di urina e soggiorno in termostato a 37° per 48 ore, si osserva il colore e si fa la determinazione dell'ammoniaca, da esprimersi in mg. per cento. Se il colore rimane giallo, il germe non è capace di utilizzare l'urea; il colore verdiccio indica scarsa capacità, mentre i veri germi dell'urea danno un colore porpora scuro; essi sono specialmente *Proteus ammoniae* e *Micrococcus ureae*, ma anche altri germi, come vari stipiti di Micrococcus, lo staf. albo ed aureo e alcuni streptococchi possono pure utilizzare l'urea.

fil.

Trattamento rapido della blenorragia maschile.

B. Mallah (*Journal des Praticiens*, 6 maggio 1939), avendo osservato che il trattamento della blenorragia con i soli preparati di sulfamide, richiede dosi piuttosto elevate di tali medicamenti con conseguente pericolo per l'organismo, ha pensato di istituire nella blenorragia maschile un trattamento misto: sulfamido-piridina *a piccole dosi* per via orale e trattamento locale classico con permanganato.

Ha confrontato i risultati ottenuti nei primi 100 malati a lui presentatisi nel 1938, e curati con il solo permanganato di potassio applicato secondo il metodo di Janet, con quelli ottenuti nei primi 100 malati a lui presentatisi nel 1939 e curati col suo nuovo metodo. Ha potuto così constatare nel primo metodo una frequenza di complicazioni (orchiti, prostatiti, reumatismo) del 20 % e una durata della cura in media di 65 giorni. Col nuovo metodo le complicazioni sono state ridotte a zero e la durata della cura a 7 giorni nel 96 % dei casi; degli altri 4 casi quello curato per tempo più lungo ha richiesto 39 giorni di trattamento. Questi risultati sono da tenere in tanta maggiore considerazione in quanto che tre dei casi trattati presentavano già serie complicazioni al principio della cura (in 2 casi si trattava di un ascesso della prostata, nel terzo di una epididimite).

Il metodo usato dall'A. è stato il seguente:

1) Lavaggi quotidiani al permanganato al 0,15 per 1000; i due primi lavaggi interessavano soltanto l'uretra anteriore, i seguenti erano lavaggi uretro-vescicali.

2) Somministrazione di sulfamido-piridina alla dose di gr. 1,50 al giorno per i primi tre giorni e gr. 0,50 al quarto giorno: in tutto quindi gr. 5.

I soli disturbi constatati in conseguenza della cura si riassumono in mal di testa frequenti (25 % dei malati), qualche nausea, una o due volte un rialzo febbrile a 38°. Un solo malato ha presentato veri segni di intolleranza: cefalea violenta, vomito, vertigine dopo aver preso gr. 1,50 di sulfamidopiridina. Arrestata la somministrazione del medicamento e fatti cessare anche i lavaggi i disturbi sono subito scomparsi e la guarigione è egualmente seguita. F. TOSTI.

Nuovi orientamenti nella cura dei processi infiammatori vulvo-vaginali.

In un'interessante rivista d'insieme sull'argomento, G. Sannicandro (*La Clinica ostetr. e gin.*, marzo 1939) osserva che tali nuovi orientamenti sono la diretta conseguenza delle nozioni recentemente acquisite in tema di fisiopatologia della mucosa vaginale. Le mutazioni cicliche a cui vanno soggette le diverse sezioni dell'apparato genitale femminile si fanno risentire anche sulla vagina. La secrezione follicolare fa risentire la sua azione sull'epitelio vaginale, che si modifica anche nell'aspetto sia quando la secrezione aumenta, sia quando è in carenza. Una buona secrezione di ormone follicolare garantisce dunque l'eutrofia della mucosa vaginale, conferendo la naturale capacità a difendersi contro gli agenti infettivi.

Su tali concetti, si basano i nuovi orientamenti nella cura dei processi infiammatori vulvo-vaginali, specialmente negli stati di ipofollicolinismo; questi si hanno nella vulvo-vaginite gonococcica delle bambine, nelle vaginiti delle donne castrate ed in quelle senili.

Nella vulvo-vaginite gonococcica delle bambine, la follicolina non intende di agire sul gonococco, ma è diretta a modificare il terreno anatomico su cui agisce il gonococco e che costituisce la causa essenziale della speciale localizzazione e la particolare resistenza della malattia alle cure locali. I risultati di questa terapia sono stati sempre buoni.

Sui buoni effetti ottenuti nella vulvo-vaginite delle donne castrate operativamente, l'A. riporta alcune osservazioni personali dimostrative.

Importante è il trattamento delle vaginiti senili, generalmente resistenti alle cure locali. Invece, l'apporto dell'ormone follicolare determina un miglioramento immediato e dà un vero senso di sollievo dal punto di vista subbiettivo. Il miglioramento è clinico ed anatomico, come dimostrano le biopsie fatte dall'A., di cui sono riportate le microfotografie. Si iniettano 10.000 unità U.I.B. a giorni alterni. Per lo più si fanno 3-5 iniezioni; ma in qualche caso di donne vecchie, l'A. è arrivato anche a 170.000 unità. Le lavande vaginali non sono indispensabili. *fil.*

Accidenti dell'aborto.

In occasione di un caso occorso a J. Courtois (*Journal des Praticiens*, 29 luglio 1939) riguardante una donna di 25 anni multipara che, in seguito a manovre abortive, presentava necrosi dell'utero accompagnata ad epatonefrite e moriva, nonostante l'intervento chirurgico, l'A. ricorda che alcune volte gli aborti si possono accompagnare a gravi complicazioni. Egli stesso ha osservato setticemie, perforazioni uterine, pelviperitoniti e peritoniti generalizzate, pioflebiti con piemia e metastasi polmonari, ematomi, ecc. Questi aborti complicati sono nella grande maggioranza dei casi (90 %) degli aborti provocati.

Su 1700 aborti l'A. ha notato il 20 % di morbilità grave ed una mortalità che, prima dell'uso dei sulfamidi, raggiungeva il 2 %; attualmente, con la terapia sulfamidica con l'aspettativa sistematica, è ridotta al 0,50-0,33 %. F. TOSTI.

TECNICA MEDICA.

La trasfusione di sangue conservato.

La trasfusione di sangue conservato ha fatto in questi ultimi anni reali progressi; essa rappresenta un mezzo veramente efficace quando non è possibile ricorrere alla trasfusione di sangue fresco, che rimane sempre il metodo migliore. Le statistiche di Bagdarasoff e dei centri di Burgos e di Barcellona durante l'ultima guerra civile in Spagna dimostrano l'innocuità di questo metodo e i reali benefici che se ne possono trarre.

Grinberg A. (*Presse Médicale*, 22 aprile 1939), dopo aver ricordato brevemente la storia di questo metodo, passa in rassegna tutti i fattori, da cui dipende la riuscita della conservazione del sangue. La raccolta deve esser fatta con una asepsi oltremodo scrupolosa; il sangue non deve essere traumatizzato e sarà conservato alla temperatura di + 1° a + 4°; il vetro dei recipienti deve essere perfettamente neutro. Per quanto riguarda gli anticoagulanti, i migliori risultati si sono ottenuti col siero I. H. T. (Istituto d'Ematologia e di Trasfusione di Mosca), con il citrato di sodio, con il siero glucosato. Un altro anticoagulante degno di rilievo e di studio è l'eparina, che è un anticoagulante naturale esistente in tutti i tessuti, ma principalmente nel fegato, polmoni e muscoli; il suo uso non è ancora entrato nella pratica corrente dato l'alto costo. Col sangue disseccato o defibrinato pare non si siano avuti risultati soddisfacenti.

L'A. ricorda brevemente le modificazioni morfologiche e chimiche del sangue e il tempo di conservazione che varia a seconda del modo di raccolta e del liquido conservatore

Secondo Bagdarasoff il sangue si conserva 20-34 giorni in soluzione gluco-citratata, 14-21 giorni in soluzione I. H. T.

Dopo aver dato alcune norme tecniche circa la raccolta e circa la trasfusione del sangue conservato e dopo aver detto che il sangue può essere prelevato sia dai donatori, preferibilmente del gruppo IV (O), sia dai cadaveri di traumatizzati al massimo dopo 6 ore dalla morte, l'A. è d'avviso che per ottenere reali benefici da questo metodo, specie in tempo di guerra, in cui non è sempre facile praticare per varie contingenze trasfusione di sangue fresco, occorre organizzare dei centri di raccolta di sangue conservato come è stato fatto in questi ultimi tempi in Spagna.

F. JADEVAIA.

Sangue conservato.

R. Fischer (*Rev. Méd. Suisse Romande*, 25 luglio 1939), rilevata la grande importanza che assume ogni giorno di più il sangue conservato sia dal punto di vista chirurgico che da quello strettamente medico, passa in rivista i metodi finora usati per conservare il sangue raccolto dai donatori. Due sono le tecniche fondamentali: la defibrinazione e l'uso di anticoagulanti.

Tra questi ultimi ve ne sono di vario tipo (citrato di sodio, transfusol, siero I. H. T. ecc.) e l'A. fa un esame comparativo del potere di conservazione del sangue di tali anticoagulanti che però si dimostrano tutti inferiori ad un nuovo anticoagulante da lui scoperto e costituito dai corpi aldonici, specialmente dal radicale lattonico: si tratta del « sanguostat ».

L'A. espone quindi la tecnica molto semplice da lui seguita per preparare le grosse fiale di sangue conservato con tale tipo di anticoagulante, fiale che possono essere usate direttamente per la trasfusione e che vengono conservate in termos.

Il « sanguostat » permette una sopravvivenza degli elementi del sangue, specialmente dei globuli bianchi, maggiore che non gli altri anticoagulanti: la tecnica consigliata dall'A. permette inoltre l'uso di fiale costruite in vetro comune. Non si deve però mai travasare il sangue conservato da una fiala ad un'altra.

Il sangue conservato esplica oltre un'azione di sostituzione anche un'azione ricostituente ed eccitante come è dimostrato da alcuni casi clinici riferiti dall'Autore, in cui il quadro ematico si è completamente e favorevolmente modificato per l'azione di questo nuovo mezzo terapeutico.

F. TOSTI.

L'uso di eparina nelle trasfusioni sanguigne.

Nel 1924 in 33 casi Mason usò l'eparina per la trasfusione, ma il prodotto adoperato allora appariva troppo tossico per avere applicazione vasta. Nel 1928 Honell ottenne un'eparina purificata e ebbe buoni risultati in dieci casi. Nel 1933 Schmitz e Fischer, e Charles e Scott ottennero eparina pura e d'allora l'uso divenne facile. Mentre sul principio si univa l'eparina al sangue come si fa per il citrato di sodio, poi Hedemies consigliò di usare una dose endovenosa di eparina nel donatore sufficiente a rendere incoagulabile il suo sangue e ne ebbe buon risultato in 150 casi. L'eparina dice S. W. Sappington (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 1° luglio 1939) va usata in dose di 1 mgr. per chilo di peso, quindi in media si adopera cc. 1,50 della soluzione al 5 %. La diminuzione della coagulabilità del sangue comincia sette minuti dopo l'iniezione e si completa in 3 o 4 minuti, e dura da 30 a 60 minuti.

L'A. fece 40 trasfusioni col metodo dell'eparina, 17 usando l'eparina in vitro come il citrato di sodio e 23 in vivo.

Per le trasfusioni con eparina in vitro, l'eparina usata oscillò fra cc. 0,4 e cc. 3. In tutti i casi il sangue eparinizzato conservato in provetta si mantenne incoagulabile per tre giorni. La trasfusione di sangue eparinizzato non modificò la coagulabilità del sangue del ricevente quando l'eparina usata era scarsa, mentre la coagulabilità scomparve per varie ore se l'eparina usata era abbondante.

Nei casi in cui l'eparina fu usata per via endovenosa nei donatori, non si ebbe nessun disturbo nei donatori stessi. Fra i riceventi, in due casi si ebbe brivido e febbre e in un caso urticaria.

L'uso dell'eparina per via endovenosa nel donatore è certamente un metodo che semplifica la trasfusione.

L.

MEDICINA SCIENTIFICA

L'avvelenamento da acqua.

L'avvelenamento da acqua dipende dall'ingestione o dall'iniezione di una quantità di liquidi superiore alla capacità di escrezione dell'organismo. Lacour (*Thèse de Paris*, 1939) ha fatto al riguardo esperienze su cani, gatti, conigli, cavie e ratti iniettando per via endovenosa o rettale o introducendo per via gastrica acqua distillata, siero fisiologico, siero clorurato ipertonico, siero glucosato ipertonico.

I sintomi principali dell'avvelenamento sono il torpore e le convulsioni. Si ha la morte introducendo quantità enormi di liquidi. Le dosi mortali per Kgr. di peso dell'animale variano a seconda la natura del liquido da 69 a 609 cmc. per la via endovenosa, e da 280 a 1150 cmc. per la via gastrica. Per un uomo di 70 Kgr. occorrerebbero quindi circa 20 litri.

Le lesioni prodotte dall'avvelenamento idrico sono gli edemi e le emorragie. Le cause della morte sono per lo più l'edema cerebrale, l'edema pulmonare acuto, il sovraccarico circolatorio.

DR.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.(*)

Procedimento disciplinare - Contestazione.

La contestazione dei fatti deve essere completa e il procedimento è nullo anche se uno solo degli addebiti non sia stato contestato. (Consiglio di Stato, Sezione IV, 30 dicembre 1938, n. 1043).

Questa interpretazione rigorosa dell'obbligo di rispettare pienamente il diritto di difesa è certamente encomiabile e deve essere salvaguardata perchè la contestazione dei fatti e la difesa sono garanzie fondamentali insopprimibili. Quando il provvedimento disciplinare è soggetto al solo sindacato di legittimità non è dubbio che la imperfezione dell'atto di contestazione sia causa di nullità di tutto il procedimento e non si possa controllare la giustificazione della sanzione per stabilire se i fatti contestati siano sufficienti a legittimare quella sanzione repressiva. Nei casi però di competenza di merito, non è escluso che l'organo giurisdizionale possa considerare pienamente giustificata la sanzione dalle infrazioni disciplinari contestate, *eliminando* quella che sia stata omessa nell'atto di contestazione.

Dimissioni - Revoca tempestiva.

Un sanitario condotto, querelato dal Podestà per diffamazione, consentì, nel corso del procedimento penale, ad un accordo, in forza del quale gli era concesso un periodo di aspettativa, rilasciando egli però, preventivamente, una dichiarazione di dimissioni dall'ufficio con effetti a un anno data. Il Podestà, che agiva però in proprio, cioè per pretesa diffamazione personale estranea alla sua carica, fece remissione della querela, soddisfatto di ricevere una certa somma per titolo di spese e di privare dell'impiego il medico condotto. Questi però, dopo un certo tempo, ma prima che le dimissioni fossero accettate, le revocò e soggiunse che a quella dichiarazione era stato costretto da violenza morale. Dopo la revoca il Podestà deliberò l'accettazione delle dimissioni. Il medico condotto ricorse alla G. P. A. in sede giurisdizionale e poi al Consiglio di Stato, il quale con sentenza 9 novembre 1938 n. 809, confermò la dichiarazione di piena validità della revoca delle dimissioni. Sicchè il Podestà rimase deluso: agendo per un'offesa alla sua persona, aveva accettato per corrispettivo della remissione della querela la rinunzia del preteso offensore ad un pubblico ufficio, che non poteva essere oggetto di negozio fra privati. Se la dimissione non fosse stata revocata prima dell'accettazione, sarebbe stata invalida per vizio del consenso e della causa. Osservò il Consiglio di Stato: « La quistione, ricondotta ai suoi veri e semplici termini sta tutta nel vedere se il dott. Marzano potesse o no revocare le dimissioni. La risposta a questo quesito non può essere che affermativa, perchè è ormai pacifico in giurisprudenza (vedi, fra altro, decisione 22 giugno 1935 n. 682) che le dimissioni dall'impiego sono revocabili fino a quando non siano state accettate, e poichè al 31 dicembre 1936 non erano state ancora accettate, (la deliberazione di accettazione fu adottata il 21 gennaio 1937) il dott. Marzano poteva bene a quella data recedere dalle dimissioni ».

Il Consiglio di Stato accennò poi di sfuggita alla validità dell'accordo: « Considerato che non è neppure il caso di soffermarsi ad esaminare se nella specie il dott. Marzano potesse ancora esercitare questa sua facoltà, dato che, in base ad un formale accordo, egli si era impegnato a presentare le sue dimissioni dal posto, perchè, comunque, nessun valore potrebbe avere qui questa circostanza, per il semplice fatto che tale accordo non era intervenuto fra il Comune nel suo nome e interesse ed il proprio sanitario, ma tra i signori Cesare e Camillo Cesarei e il dott. Marzano ».

Condizione giuridica dei medici di reparto delle ferrovie.

I medici di reparto delle Ferrovie dello Stato non sono impiegati di ruolo, ma esercitano funzioni inerenti ad un pubblico servizio e la loro posizione è disciplinata dalla legge 7 luglio 1907 n. 429, dal R. D. L. 8 gennaio 1925 n. 34, dal D. M. 7 febbraio 1928 n. 1787. Il Consiglio di Stato è quindi competente a giudicare in sede giurisdizionale dei ricorsi dei medici di reparto per quistioni attinenti al loro rapporto. È da avvertire l'art. 82 della legge 7 luglio 1907 n. 429, dice che i sanitari di reparto non hanno qualità di impiegati; ma la IV Sezione del Consiglio di Stato, con la decisione 13 luglio 1938 n. 396, ha ritenuto che questa dichiarazione significhi soltanto che i sanitari non sono impiegati di ruolo, ma sono titolari di un rapporto di servizio non diverso da quello costituito dagli enti pubblici previsto dalla legge sul Consiglio di Stato.

La stessa decisione soggiunge che agli assegni dovuti ai medici di reparto si deve applicare la riduzione stabilita dall'art. 2 del R. D. L. 1934 n. 561 e si devono corrispondere i due aumenti dell'8 % stabiliti dai successivi decreti 1936 n. 1719 e 1937 n. 1033.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Disposizioni sull'accertamento delle condizioni psichiche indispensabili a condurre automezzi.

Il Ministro dell'Interno ha inviato ai Prefetti la seguente circolare:

Gli articoli 83 e 84 del Testo Unico delle norme per la tutela delle strade e per la circolazione indicano i requisiti fisici, morali e psichici, dei quali deve essere in possesso chi aspira a conseguire il certificato di idoneità alla guida di autoveicoli.

L'accertamento di tali requisiti, eseguito preliminarmente dal Circolo ferroviario di ispezione, è riservato in via definitiva al Prefetto (art. 86 cit. T. U.).

La frequenza con la quale avvengono in questi ultimi tempi incidenti automobilistici impone la necessità che gli accertamenti previsti dalle disposizioni di legge siano esperiti col massimo rigore. Poichè, se è vero che il maggior numero degli incidenti verificatisi può in parte attribuirsi al maggior traffico, deve peraltro convenirsi che in gran parte ciò è da ascriversi alla imprudenza, alla leggerezza e allo scarso rispetto per la vita altrui di certi automobilisti.

Occorre, dunque, che la ricordata disposizione sia tenuta ben presente e che prima di rilasciare l'autorizzazione alla guida di autoveicoli, i Prefetti provvedano, con i mezzi a loro disposizione, ad una seria accurata indagine, per stabilire se chi quell'autorizzazione domanda abbia realmente le qualità psichiche indispensabili per poterla conseguire.

Tale accurata indagine deve essere esperita non solo al momento della concessione, ma anche quando si proceda, a norma dell'art. 91 del ricordato Testo Unico, a revisioni generali o parziali: oppure quando, per particolari circostanze, sorga il dubbio che qualche automobilista non si trovi più nelle condizioni psichiche indispensabili per chi conduce così rapido mezzo di locomozione.

Visita medica obbligatoria per gli operai addetti alla soffiatura del vetro.

Con Decreto ministeriale è prescritta la visita medica periodica per gli operai addetti alla soffiatura del vetro eseguita con mezzi non meccanici in quanto implichi l'uso di canne promiscue. Tale visita medica preventiva avrà luogo ogni quindici giorni e ogni volta che l'operaio ritorni al lavoro dopo un'assenza per malattia durata più di cinque giorni e concerne i rischi di sifilide, tubercolosi e altre malattie infettive trasmissibili, in genere.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Sono prorogati al 30 settembre i concorsi per le condotte mediche nelle province di: Bologna, Carnaro, Catanzaro, Imperia, Istria, Mantova, Modena, Napoli, Perugia, Rovigo, Savona, Siena, Taranto, Teramo, Torino, Udine, Vicenza.

COMO. — *Consorzio prov. antituberc.* — Medico dirigente di dispensario; titoli ed esami; L. 13.500 e 6 trienni dec.; indenn. trasferte (per il 1939 L. 500 mensili); nomina e conferma quinquennali. Età limite 40 a. al 25 aprile. Rivolgersi alla Segreteria. Chiedere copia del bando.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto-Specialista in Radiologia e Terapia fisica. Stip. annuo 5000. Esami: scritto su argomenti di radiologia medico-chirur.; clinico-radiologico in un infermo; pratico sullo strumentario. Età massima 35 con le proroghe consuete. Diploma di specializzazione o titolo equipollente. Curriculum ed elenco documenti e titoli in 6 esemplari. Scad. ore 17 del 9 ottobre. Chiedere informazioni alla Segreteria spedali (Ospedale di S. Martino).

NAPOLI. — Medico Ostetrico del Comune. Stip. annuo iniziale 14.000, s. a. 2500, 4 quadrienni di 500. Esame: prova pratica su caso clinico di ostetricia. Età massima 35, con eccezioni consuete. Scad. ore 17 del 6 nov. Nomina per un biennio, dopo il quale si ha la stabilità su deliberazione del Podestà.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È stata pubblicata la notificazione di concorso per la nomina di 50 ufficiali inferiori medici di complemento nel Corpo Sanitario Militare Marittimo, così ripartiti: capitani 15; tenenti 15; sottotenenti 20.

Possono partecipare al concorso i cittadini laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale e posseggano i requisiti prescritti dalle vigenti norme legislative per la nomina ad ufficiale medico di complemento, siano di razza non ebraica e non abbiano superato, per il grado di capitano, l'età di anni 45; per i gradi di tenente e sottotenente, l'età di anni 38.

Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da lire sei, con l'indicazione esatta del domicilio dei concorrenti, dovranno pervenire al Ministero — Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico — entro il 3 novembre 1939-XVIII, corredate dei documenti prescritto dalla notificazione stessa.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Amilcare Zironi è stato nominato, a partire dal 1° agosto, direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese, di cui già era vice-direttore. Note sono le sue attività e benemerenze di studioso; esse vertono su campi svariatissimi della microbiologia, della immunologia e della sierologia.

Il prof. Justin Jolly è nominato membro dell'Istituto di Francia. Titolare della cattedra d'istofisiologia alla Sorbona, egli è notissimo per i suoi lavori sul sangue, sugli organi emopoietici,

sugli organi linfoidi, sul sistema reticolo-endoteliale, sulla radiosensibilità cellulare, per le sue ricerche d'istogenesi e d'embriologia e per le sue ingegnose applicazioni del cinematografo alla vita cellulare.

Il generale Medico dott. Ermanno Pazzi è stato nominato grand'Ufficiale dal vetusto Ordine capitolare di Sant'Uberto di Lorena e di Bar per motu proprio del serenissimo principe Pietro Galitzin Gran Maestro ereditario dell'Ordine.

Dell'Ordine fanno parte preclare personalità italiane tra le quali Sua Ecc. Italo Balbo ed il Generale Federico Baistrocchi.

NOTIZIE DIVERSE

Assise generali di medicina e chirurgia.

La Direzione generale di Sanità Pubblica ed il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici hanno stabilito di mettere allo studio ed in discussione nelle Assise Generali di Medicina e Chirurgia i molteplici aspetti profilattici e curativi dei « disturbi della circolazione coronaria cardiaca » che ancora provocano tante morti improvvise in tutti i Paesi del mondo.

Il sen. prof. Raffaele Bastianelli quale Commissario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, ha interessato tutti i medici d'Italia a portare il loro contributo di esperienza pratica acquisita intorno a questo grave problema di patologia cardiaca.

Largamente studiato negli istituti scientifici, coll'apporto delle osservazioni fatte dai medici pratici, sarà discusso prima in tutte le sedi culturali dei 94 Sindacati provinciali dei medici e poi nelle Assise Generali che si terranno in Roma nel maggio 1940.

Missioni sanitarie in Albania.

Una missione di sanitari specializzati è partita a soli due mesi dalla liberazione, incominciando subito un'alacre attività in tutto il territorio albanese. Dal 29 al 15 agosto la missione ha sostato nei centri di Kruja, Tirana, Elbassan, Piscopeja, Berat e Valona visitando 17.800 malati e distribuendo medicinali per un valore di 350.000 lire.

La missione, a capo della quale è il Consigliere Nazionale prof. Amatore De Giacomo, è composta complessivamente di sedici sanitari: tre medici di malattie interne, due pediatri, un oculista, un otorinolaringoiatra, un dermosifilografo, un chirurgo, tre igienisti, un radiologo, un dentista, un farmacista e un aiuto farmacista. Oltre ai mezzi di trasporto che comprendono un autotreno — composto di una vettura motrice e di un rimorchio — tre autocarrette, sette autocarri e cinque automobili, la missione ha a disposizione sei tende della Croce Rossa e quattro tende « Moretti » allo scopo di fornire una sufficiente assistenza medica alle popolazioni e di studiare il problema sanitario albanese sotto i vari punti di vista.

Riportiamo alcuni dati che riguardano l'attività della Missione Sanitaria nei primi due mesi. Tra le malattie interne è stata notata l'assoluta prevalenza della malaria (predominante il tipo estivo-autunnale) con pochissimi casi di malaria primitiva essendo le altre forme di natura cronica recidivante. Si è notata un'alta percentuale di tubercolosi chirurgica. Le malattie dell'apparato digerente, abbastanza numerose, sono dovute a cattivi sistemi di allattamento dei bambini ed alla persistente nutrizione monolaterale. Numerosi i casi di tigna e di scabbia e molta pellagra a causa del soverchio uso di mais. Di contro alla grande quantità e varietà di affezioni congiuntivali è stata notata una bassa percentuale di tracoma, contrariamente a quanto si credeva dai medici albanesi. I malati furono visitati dalla missione nelle seguenti misure: Medicina interna, 2553; Chirurgia, 852; Pediatria, 4258; Dermatologia, 2961; Oculistica, 2910; Otorinolaringoiatria, 2852; Radiologia, 615; Odontoiatria, 1799.

Con l'intervento del Presidente del Consiglio, dei membri del Governo, dell'Ispettore del P. N. F. e del Federale, di alti funzionari della Luogotenenza e di molte personalità il luogotenente generale medico prof. Perna ha tenuto a Tirana il 27 agosto, nel cinema teatro del Dopolavoro, una conferenza durante la quale ha illustrato i risultati della proficua azione svolta in Albania dalla missione odontoiatrica da lui diretta che ha attualmente sei centri permanenti nel Paese.

Conferenze di nipiologia.

Nella R. Università di Napoli si è svolto il secondo ciclo delle conferenze di Nipiologia, promosso dall'Associazione Culturale dei Liberi Docenti e dalla Società Italiana di Nipiologia; le conferenze sono state tenute da 10 professori titolari e docenti e chiuse dal prof. L. Dominici, preside della Facoltà Medica.

Altre affermazioni della Nipiologia — creata in Italia dal Cacace — si sono avute a Montevideo, con l'organizzazione delle « Riunioni nipiologiche » nella « Casa del Bambino », ed a San Paolo del Brasile, con l'organizzazione di un « Centro nipiologico » ove si tengono sessioni scientifiche periodiche.

I medici in Ungheria.

Una corrispondenza del *Journ. amer. med. ass.* (5 agosto) fornisce delle notizie sui medici in Ungheria. A Budapest vi sono 2697 medici, di cui 291 (10,6 %) donne; la proporzione dei medici rispetto alla popolazione è di 1 a 370. Gli ebrei sono in proporzione del 41 %. Soltanto il 20 % appartiene alla categoria del medico generico; gli altri sono tutti specialisti. Per quanto riguarda la conoscenza delle lingue, il 99 % parla e scrive tedesco, il 33 % francese, il 29 % inglese, il 6,6 % italiano e l'1 % russo.

La statistica entra poi in particolari più intimi, perchè arriva a definire che 850 medici non hanno persone di servizio ed il 25,4 % riceve aiuti da genitori e parenti; soltanto 112 posseggono una casa, mentre 2285 sono in affitto e soltanto il 57 % ha un impianto di casa; il 10,7 % ha la moglie stabilmente occupata; 900 non hanno telefono ed un quinto non possiede gli strumenti necessari per continuare la pratica medica (*sic!*) ed il 17 % non è nemmeno abbonata a riviste professionali; come facciano in queste condizioni ad esercitare la professione, non si comprende. Dal punto di vista demografico, le condizioni non sono brillanti; il 39 % è scapolo e, fra gli ammogliati, il 36,7 % è senza figli, il 31 % ne ha uno, il 21 % due, il 7,5 % tre.

Riforma degli studi medici in Germania.

Il Ministero dell'Interno del Reich, unitamente a quello dell'educazione nazionale ed al Direttore

della Sanità, ha riformato gli studî medici e stabilito le norme per la nomina. Questa, a partire dal 1940, si otterrà non appena finiti gli esami; il giovane medico, però, è obbligato a fare un anno di assistentato in ospedali o maternità e tre mesi di esercizio rurale come assistente o sostituto del medico delle Mutue. Invece dell'anno che prima si richiedeva come praticante, si faranno ora: un semestre di assistenza infermiera prima dell'inizio degli studî e un periodo di sei settimane in servizio di fabbrica o rurale; per quelli scartati dal servizio militare o le donne, lavoro nella Croce Rossa o nel servizio di Sanità pubblica nella Gioventù di Hitler, esercizio pratico come « Famulus » al letto di malati in ospedali o maternità, complessivamente per sei mesi; si dovrà inoltre fare una serie di esercizi pratici negli Istituti e Cliniche universitarie. Oltre alle consuete materie d'insegnamento, sono introdotti gli studî di igiene della razza, di metodi di cura naturisti, malattie professionali e perizie nelle assicurazioni sociali.

Azioni giudiziarie.

Il Tribunale di Firenze si è pronunziato su di una particolare questione in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, accogliendo le richieste dell'operaio Adolfo Becattini assistito dal Patronato Nazionale contro l'Istituto Nazionale Fascista Assicurazione infortuni sul lavoro.

Il Tribunale ha sostenuto che gli articoli 37 della vigente legge infortuni e 51 e 52 del regolamento stabiliscono soltanto i criteri della assegnazione d'indennità in caso di più infortuni, ma non stanno a significare che nell'assegnazione della medesima si debba tener calcolo soltanto delle menomazioni dipendenti da parecchi infortuni.

Con ciò viene stabilito un principio di altissima importanza sociale in quanto l'applicazione della legge avrebbe inciso notevolmente sull'assegnazione della rendita a quegli operai infortunati sul lavoro che in precedenza avessero riportato altre minorazioni.

Un po' dovunque.

La Socetà di scienze mediche di Conegliano e Vittorio si è riunita il 30 maggio, sotto la presidenza del dott. Schenardi. Sono state fatte comunicazioni da: Vascellari, Cucchini, Grello, Bortolozzi, Baroni. Nella seduta del 27 giugno, sotto la presidenza del dott. Baroni, sono state fatte comunicazioni da: Gritti, Opocher, Ferrari, Del Fabbro.

La Soc. medica del Friuli si è riunita il 28 maggio. Vi sono state comunicazioni da G. Pieri, Fortuni e Comin.

A Barcellona dal 5 ottobre al 15 dicembre, si terrà presso l'Ospedale Santa Cruz y San Pablo, un « Corso di patologia digestiva », organizzato dal prof. F. Gallart Mones. Sarà eminentemente pratico: 60 lezioni di patologia e clinica, 16 di radiodiagnostica, con gruppi di soli 10 allievi e 5 pratiche di laboratorio, a gruppi di 4-5. Si può inscriversi a tutto il corso (175 pesetas) oppure soltanto a quello di clinica (100 pes.). Per informazioni, rivolgersi al Dispensario dell'Ospedale.

Un corso di perfezionamento in chimica medica si terrà alla Facoltà medica di Parigi, a cura del prof. Polonovsky, dal 16 ottobre al 18 novembre. Iscrizioni e informazioni presso: Laboratoire de Chimie médicale, Faculté de Médicine, Paris.

Si publica a Firenze, presso l'Istituto Regina Elena, il nuovo periodico « Archivio italiano di studi neuropsichiatrici sulle encefaliti e l'epilessia ». Ne sono direttori i professori M. Zalla, V. M. Buscaino, L. De Lisi, M. Gorzano, C. Berlucchi. Direttore responsabile il dott. Osvaldo Meco. Contiene lavori originali, una rassegna della stampa e delle schede perforate, con brevissimi sunti di lavori sull'argomento della Rivista. Auguri.

La Federazione medica del Belgio, in considerazione della pletora medica, resa più acuta per la possibile invasione da parte di elementi stranieri, ha emesso il voto che abbiano diritto ad esercitare la medicina i soli belgi (o naturalizzati tali) che hanno ottenuto nel Belgio il diploma di medico-chirurgo-ostetrico.

L'Associazione americana di dietetica ha organizzato il suo convegno annuale a Los Angeles dal 28 al 31 agosto.

Col primo giugno nella città di Danzica è andata in vigore una legge che impone l'esame medico gratuito annuale a partire dal 30° per le donne, a partire dal 45° anno per gli uomini, allo scopo di accertare gli eventuali tumori maligni. I casi riconosciuti devono essere immediatamente denunziati alle autorità sanitarie e curati.

Nella Virginia occidentale è andata in vigore una nuova legge, che prescrive l'esame medico prenunziale. Le prove sierologiche per la sifilide devono essere praticate trenta giorni prima del matrimonio.

In Germania, la mortalità nelle grandi città, per malattie senili (cancro, diabete, apoplessia, cardiopatie, debolezza senile), è ancora aumentata, in rapporto col progressivo « invecchiamento » della popolazione delle grandi città. Per quanto riguarda le malattie infettive infantili, si è avuto nel primo quadrimestre del 1939 un aumento notevole (rispetto al 1938) per la mortalità da morbillo, scarlattina e pertosse, mentre è diminuita quella per difterite.

La cifra degli infortuni aumenta sempre: 3,7 per 10.000 nel primo quadrimestre 1939 (3,4 nel periodo corrispondente del 1938). La cifra degli infortuni mortali è aumentata del 9,2 per cento.

Nel distretto di Columbia (Washington) è stato fondato un Comitato per lo studio degli incidenti automobilistici e la propaganda specialmente fra i ragazzi. Dal 1931 al 1938, si sono avuti, ivi, 821 morti (di cui 579 erano pedoni) e si calcolano 27 feriti per ogni pedone morto. I bambini uccisi per incidenti automobilistici furono, nel detto periodo, 106; nel solo 1938 ne furono feriti 888.

Nella Spagna è stata istituita una cassa di assicurazione autonoma per venire in aiuto ai bambini di famiglie numerose; sono obbligati al contributo tutti quelli che hanno alle loro dipendenze operai od impiegati.

La Svizzera ha istituito un premio di 1000 fr. svizzeri per lavori che costituiscano un progresso nella diagnosi e terapia dell'encefalite epidemica.

I Sanatori tedeschi a Davos ed Agra dispongono di 450 letti, ivi compresi anche quelli per bambini. Complessivamente, i giorni di degenza fu-

rono, nel 1938, 155.159. Il costo minimo della giornata corrisponde a RM. 4,50, senza che vi siano difficoltà per la valuta. Recentemente il Führer ha donato 5000 RM. per un « letto Hindenburg »; altri 10 letti sono destinati ai camerati che hanno contratto la malattia in occasione della presa dei Sudeti e dell'Austria.

Allo scopo di risolvere molte questioni scientifiche e pratiche nel campo della lotta antitubercolare, la Fed. It. Naz. Fasc. per la lotta contro la tubercolosi e la Commissione del Reich per il lavoro sono venute ad un accordo per un lavoro in comune.

Ad Amsterdam è stato organizzato un Istituto per l'istruzione della popolazione civile nei riguardi della protezione antiaerea; gli istruttori sono scelti fra i professori, ispettori di polizia, ingegneri, medici e chimici. Le lezioni si tengono, a giorni alterni, ai membri della Lega per la Gioventù nazionale. È inoltre in progetto una Scuola centrale per la protezione antiaerea e sono già stati fissati i programmi delle lezioni.

A Dearborn, nel Michigan (S.U.A.), è stato eretto un nuovo Ospedale dall'Amministrazione di Veterani: 351 letti, in un tratto di terreno di oltre 15 ettari donato dai Coniugi Ford. È destinato ai malati di medicina e chirurgia generale dell'area metropolitana di Detroit. È costato dollari 1.500.000.

È in costruzione il nuovo Centro medico Navale agli S. U. A. Comprenderà un nuovo ospedale, la scuola medica, quella dentistica, gli alloggi per il personale, le infermiere e fabbricati sussidiarii. La previsione di spesa è di dollari 4.850.000.

È stato inaugurato nello scorso giugno, a New York, un nuovo ospedale per la terapia del cancro ed affezioni analoghe. Ha un'altezza di 12 piani, con 169 letti e si dice che sia il più grande del mondo, fra gli Istituti del genere. È attiguo all'Istituto Rockefeller per le ricerche mediche ed all'Ospedale di New York. Il terreno è stato donato da J. D. Rockefeller. È equipaggiato con nuovi tipi di tubi da raggi X, da un milione e da 250.000 volta; possiede g. 8,5 di radio. È costato 5 milioni di dollari.

Il ministro dell'E. N. ha diramato una circolare n. 2804, in data 12 luglio, ai sigg. Rettori delle Università, sui trasferimenti dei professori universitari; in particolare tratta della designazione delle terne (in via normale sono da escludere i professori che da meno di due anni abbiano conseguito la nomina presso una determinata università) e delle raccomandazioni (costituiranno un titolo di demerito).

La Società internazionale di chirurgia ortopedica e di traumatologia ha annunziato il suo 4° Congresso a Berlino, dal 4 all'8 settembre, sotto la presidenza del prof. Hohmann di Francoforte s. M. Contemporaneamente si terranno le 34 giornate della Società tedesca d'ortopedia.

Il « Collegium » internazionale d'oto-rino-laringologia ha annunziato le sue assise dal 7 al 10 settembre nell'Università di Bruxelles, sotto la presidenza del dott. Ledoux.

Il Consiglio internazionale di oftalmologia ha deliberato che il prossimo congresso abbia luogo a Parigi, nel 1940, ed ha fissato i temi: « L'operazione plastica sul globo oculare »; « La patologia del distacco retinico, compresa la biologia e la patologia del vitreo ».

In occasione della IX Conferenza dell'Unione internazionale sulla tubercolosi, indetta a Berlino dal 16 al 20 settembre, si annunzia una mostra, illustrante i mezzi di lotta contro la tubercolosi; comprenderà apparecchi radiologici, attrezzature per laboratori, ospedali e dispensari, mezzi e metodi di propaganda ecc.

Il 2° Congresso della Società di antropologia criminale è indetto a Graz dal 26 al 28 settembre. Informazioni dal prof. Selliz, Mozartgasse 3, Graz.

Il prof. Egaz Monis, eminente neurologo portoghese, è stato vittima di un tentato assassinio nel suo gabinetto di consultazione.

È stato arrestato a Bari tale Michele Ventrella, che si spacciava per medico e svolgeva la sua attività nel comune di Valenzano.

Il 1° settembre parte da Milano il pellegrinaggio organizzato dall'U.N.I.T.A.L.S.I. (Unitalsi) per trasportare alla Basilica di Loreto i malati delle province Lombarde. Anche quest'anno dirige l'assistenza sanitaria il camerata dott. Giovanni Andreoni, direttore de « L'Italia Medica ».

La VII esposizione internazionale d'arte cinematografica a Venezia si è iniziata, la sera dell'8 agosto, con « Robert Koch », della casa tedesca Tobis. Ne sono state date larghissime notizie sui giornali.

Il dott. Alberto Lancelot-Hoops, uno dei più reputati medici colonialisti inglesi, sessantenne, ricchissimo, pur essendo già sposato e con figlio, ha contratto, a Belgrado, un secondo matrimonio, con una giovine diciottenne. In seguito a denunzia della moglie legittima, per bigamia, egli è stato arrestato.

Per iniziativa del « Centro di Studi Talassologici » (emanazione del Comune e della « Azienda di Soggiorno ») si terranno in Rimini, il giorno 16 settembre (ed eventualmente il 17) un Convegno di Pediatria e di Talassologia ed altro di Storia della Medicina, secondo un programma di cui s'invia copia a richiesta presso l'Ufficio Stampa Medica Italiana, via Vallazze 39, Milano (5/37).

La « Società Internazionale d'Idrologia Medica di Londra » terrà quest'anno la sua Riunione Annuale in Italia (Firenze, Montecatini, Salsomaggiore) dal 14 al 19 ottobre p. v. con importanti relazioni sopra le cure termali ed il diabete, lo studio fisico-chimico del sudore da applicazioni termali e l'azione dei raggi attinici sulla pelle dei bambini.

Per le iscrizioni rivolgersi al prof. Sante Pisani, via Lamarmora 18, Firenze.

È morto a New York il dott. FLAVIANO PARODI, primario chirurgo nell'Ospedale Colombo: era nativo di Genova; si era acquistata larga reputazione.

Il Congresso internazionale di criminologia che doveva svolgersi a Berlino dal 30 agosto in poi è stato rinvito su richiesta del Belgio in considerazione della situazione internazionale.

(A causa della situazione politica, i Congressi internazionali di prossima convocazione in Europa s'intendono disdetti o prorogati).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Pathologica, 15 mar. — G. INVERNIZZI e C. SALE. Tumori dell'ipofisi con sindrome acromegalica. — A. GIAMPALMI. Angiomi racemosi venosi del cervello.

Brit. Med. Journ., 13 mar. — R. T. COLLINS. Sindromi psichiatriche nella myasthenia gravid. — J. K. WILSON-PEPPER e H. ROYLE. Progesterone e mucose nasali.

Journ. A. M. A., 29 apr. — C. F. KRIEDBERG e H. HORN. Infarto cardiaco non dovuto a occlusione coronarica. — E. I. HASHIMOTO e C. B. FRENDENBERGER. Asportaz. del timo. — J. F. SADUSK. Reazioni di Kahn e di Wassermann nella mononucleosi infettiva.

Lancet, 13 magg. — J. A. RYLE. Senso clinico e scienza clinica. — R. C. MACKEITH e al. Chemoterapia della meningite pneumococcica.

Haemat., Arch., IV. — G. PATRASSI e M. CREPET. Reticolo-endoteliosi ad orientamento megaloblastico. — P. DE LUCIA e A. MORELLI. Azioni della vit. B_1.

Bull. Ac. de Méd., 9 magg. — R. LEDOUX-LEBAED. L'esame radioscopico in ambiente rischiarato. — E. BIANCANI e al. Terapia transpolmonare.

Arch. It. Sc. Med. Col. e Par., mar. — L. CANNAVÒ. Broncospirochetosi di Castellani. — G. SCOTT. Sierodiagnosi di Wright e malaria.

Indian Journ. Med. Res., apr. — W. D. B. READ. Isolamento del Vibrio cholerae. — S. C. CHOUDHURY e U. P. BASN. Rame nei cibi. — K. N. KAGCHI e al. Piombo nei tessuti umani. — C. R. DAS GUPTA. Rimedi leucopoietici.

Presse Méd., 13 magg. — G. FPORENCE e al. Insufficienze renali.

Med. Welt, 20 magg. — W. NONNENBRUCH. Terapia della cirrosi epatica. — W. HECKENBACH. Ematuria.

Journ. d. Prat., 20 magg. — CARNOT. Diversi tipi d'eritremia.

Journ. A. M. A., 6 magg. — M. BURGER e al. Azione dell'alcool sui reni. — A. ECKER e H. W. WOLTMAN. Morbo di Wernicke.

Brit. Med. Journ., 20 magg. — P. ELLMANN. Guarig. naturale della tbc. — G. L. TAYBE e E. W. IKIN. Esame dei gruppi sanguigni.

Presse Méd., 20 magg. — C. VINCENT. Neurochirurgia.

Min. Med., 12 magg. — U. CAZZANI e al. Nuovo preparato insulin. — V. PODETTI. Invaginaz. intest.: guarig. spontanea.

Arch. di Pat. e Cl. Med., magg. — P. BENEDETTI. Elettrocardiografia. — C. FIORIO. Digitale italiana: Difitalis grandifloria.

Indice alfabetico per materie.

Aborto: accidenti dell' . . . . *Pag.* 1613
Amministrazione sanitaria . . . » 1616
Anemia tipo Leder e mielosi aplastica globale . . . » 1579
Anestesia: pre . . . » 1607
Avvelenamento da acqua . . . » 1614
Bibliografia . . . 1602, 1605
Bilharziosi intestinale in Etiopia . . . » 1587
Blenorragia maschile: trattam. rapido » 1610
Caverne polmon. tbc.: prognosi e curabilità . . . » 1608
Cistifellea: chirurgia . . . » 1609
Embolia gassosa arteriosa . . . » 1602
Enteriti croniche: forme e trattam. . . » 1596
Giurisprudenza: *casistica* . . . » 1619
Infarti del mesentere e dell' intestino » 1599
Malattie del cuore e della circolazione: cura dietetica . . . *Pag.* 1600
Reazione di Weil-Felix: utilizzazione del coagulo sanguigno . . . » 1608
Sangue conservato: trasfusioni . . . 1613, 1614
Sifilide a Tripoli in rapporto alla razza » 1608
Sindrome endocrino-simpatica grave guarita con quattro interventi chir. » 1594
Tubercolosi ed elmintiasi a Tripoli . » 1608
Tubercolosi pleuro-polmonare: ascoltazione sulla diagnostica . . . » 1607
Ulcere gastriche perforate: modificazioni ematologiche a distanza dagli interventi . . . » 1600
Vie biliari infette: drenaggio . . . » 1609
Vie biliari: interventi precoci . . . » 1610
Vie urinarie: batteriologia . . . » 1610
Vulvo-vaginiti: cura . . . » 1613

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 11 Settembre 1939 - XVII — Num. 37

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: E. Biocca: Cisto-pielite provocata da un particolare tipo di b. metadissenterico.
Note e contributi: P. Merenda e A. Cerami: Trattamento delle dispepsie tubercolari con bromo ed atropina per via endovenosa.
Osservazioni cliniche: G. Casciaro: Rottura soprarotulea del tendine del quadricipite femorale.
Problemi dibattuti: F. Graziani: Ancora sull'appendicite.
Medicina coloniale: A. di Prampero: Sulla rarità delle deformità congenite negli indigeni eritrei.
Sunti e rassegne: INFEZIONI: N. v. Jagic e H. Rosegger: Clinica e terapia dell'influenza. — A. Dumond e G. Deplante: Le complicazioni nervose della pulmonite. — SECREZIONI INTERNE: R. Thomae: L'iperinsulinismo. — S. Olzivalla e K. Mori: Modificazioni della sostanza birifrangente della corteccia surrenale in svariate condizioni. — Gilbert-Dreyfus: La menopausa e il suo trattamento ormonico. — SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI: H. S. Wigodoky, O. Richter e A. C. Ivy: La presenza del fattore anti-anemico pernicioso in un estratto di fegati fetali bovini.
Notizia bibliografica. — **Cenni bibliografici.**
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Nefrosi-nefrite. — Fasi precoci dell'iperplasia prostatica. — Sulla cura ormonica della ipertrofia prostatica. — Resezioni di prova endovescicale della prostata. — La simpatectomia per la cura dello spasmo e del dolore vescicale conseguente a infezioni vescicali incurabili. — MEDICINA PREVENTIVA: La vaccinazione contro il tifo esantematico. Nuova tecnica di preparazione del vaccino: impiego di cervello di topo. — Ricerche sulla preparazione e sulla proprietà immunizzante di nuovo tipo di vaccino: il vaccino antitifico catatarizzato. — MEDICINA SCIENTIFICA: Il quadro fisiopatologico dello shock ipoglicemico (negli schizofrenici). — MARGINALIA: Questioni di ricettazione.
Nella vita professionale: Un'ingiusta dimenticanza. — Amministrazione sanitaria. — Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO D'IGIENE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. D. DE BLASI.

Cisto-pielite provocata da un particolare tipo di b. metadissenterico.

ETTORE BIOCCA, assistente ordinario.

I casi di cistite, cisto pielite, ecc. in cui sia stato messo in evidenza, come agente etiologico, un bacillo dissenterico sono del tutto eccezionali.

Tuttavia qualche A. ha isolato, dalle urine di sofferenti di disturbi delle vie urinarie, germi appartenenti prevalentemente al gruppo Flexner-Y (Calalb e Jonesco, Cheatham, Teveli, Neter, Dietrich, ecc.).

Metadissenterici sono stati ritrovati da Castellani e da Mackenzie Douglas. Lo studio però della letteratura che si riferisce a questi germi, è reso confuso dal sovrapporsi di parecchie nomenclature usate nei varî paesi per significare i metadissenterici.

Secondo recenti studi, al B. Ceylonense A, appartenente ai metadissenterici, devono ritenersi identici biochimicamente e sierologicamente la razza E di Kruse, il tipo III di Sonne (Cerruti) l'Ohara-Mita dei Giapponesi (Hässler) e molto probabilmente il bacillo di Duval e il gruppo IV di Pachego e Rodrigues. Riportiamo appunto anche quest'ultima denominazione perchè Pachego e Pecego hanno descritto un caso di cistopielite da metadissenterico, classificato da questi autori nel gruppo IV di Pachego e Rodrigues.

Se pure le affezioni delle vie urinarie da dissenterici sono assolutamente eccezionali, tuttavia la loro importanza non può essere misconosciuta, non soltanto dal punto di vista clinico, ma soprattutto epidemiologico, per-

NOTA. Il L. Della Vida mi ha riferito che è questa la terza volta in cui ha isolato, da urine di pazienti affetti da cistite o da cisto-pielite, un microrganismo coi caratteri dei metadissenterici. Il primo fu isolato nel giugno 1932. Il numero di esami batteriologici di urine, da allora compiuto, è superiore a 700: da ciò si può dedurre che la percentuale di affezioni delle vie urinarie dovute a metadissenterici è, almeno da noi, molto scarsa, certamente non superiore al 0,5 %.

chè con le urine si può avere una insidiosa e pericolosa diffusione dei germi. Riteniamo pertanto opportuno segnalare un caso di cisto-pielite da metadissenterico, non soltanto per la rarità dell'osservazione, ma soprattutto per il comportamento biochimico e sierologico del germe che l'ha determinata.

Il germe è stato isolato in cultura pura da urina di donna sofferente di cisto-pielite cronica, dal prof. M. Levi Della Vida.

Caratteri morfologici, culturali e biochimici del germe.

Il germe, sin dal primo isolamento, si presentava a forma di bastoncello immobile, asporigeno, gram negativo, non fondente le gelatina.

Lattosio	Gluc.	Malt.	Mann.	Xilosio	Dulcite	Sorbite
A (24 h.)	A	A	A	A	AG	A G

Saccar.	Inul.	Destr.	Eritr.	Indolo	Latte	Esotossina
Cama-leon.	—	—	—	+	C 4 g.	—

A: acido: AG: acido gas; C: coagula: Camaleon: camaleontaggio

Le proprietà morfologiche e biochimiche, e particolarmente l'acidificazione del lattosio e la coagulazione del latte ci permettevano di classificarlo tra i metadissenterici.

Tale raggruppamento risulta, secondo la classificazione di Castellani, composto di tre tipi principali di germi: il B. Ceylonense A, il B. Madampense ed il B. Ceylonense B. Il B. Ceylonense A fermenta molto più lentamente degli altri due il lattosio, coagula con molto ritardo il latte, non fermenta nè xilosio, nè dulcite, nè sorbite e infine non produce indolo, proprietà invece possedute dal B. Ceylonense B. Quest'ultimo e il Madampense, pur avendo gli stessi caratteri biochimici, si differenziano tra loro, perchè il Madampense non fermenta la dulcite. Dal punto di vista sierologico i tre tipi di germi sono assolutamente distinti.

Come è possibile osservare, il nostro stipite presenta le caratteristiche biochimiche tipiche di un B. *Ceylonense B.*

Prove sierologiche.

Per terminare lo studio del nostro ceppo, abbiamo preparato in conigli tre sieri agglutinanti (siero agglutinante il B. Ceylonense A — titolo limite 1:1000 — ottenuto con un ceppo tipico da noi recentemente isolato da un lattante malato di dissenteria; siero agglutinante il B. Ceylonense B — titolo limite 1:6400 — preparato con un ceppo isolato dal Castellani; siero agglutinante il B. Madampense, preparato ugualmente con un ceppo isolato dal Castellani — titolo limite 1:3200).

Il nostro stipite non ha presentato alcuna agglutinazione, neppure alla diluizione di 1:100 con i sieri anti-Ceylonense B e anti-Madampense; è stato invece agglutinato in maniera evidente (1:500) cioè fino a metà titolo, con il siero anti-Ceylonense A.

La prova di assorbimento delle agglutinine dei tre sieri ricordati, eseguita con la sospensione del nostro stipite, ha determinato l'assorbimento completo delle agglutinine solo del siero anti-Ceylonense A.

Le agglutinine del siero anti-Ceylonense B e anti-Madampense non sono state affatto assorbite.

Dato che il nostro stipite si comportava nei riguardi dei sieri agglutinanti specifici come un tipico B. Ceylonense A, abbiamo voluto osservare se fosse capace di provocare nel coniglio agglutinine solo verso il B. Ceylonense A. Abbiamo perciò preparato con il nostro ceppo un siero agglutinante: titolo limite 1:6000. Orbene, tale siero ha provocato agglutinazioni sempre oltre metà titolo, solamente con i ceppi di B. Ceylonense A, alcuni di recente isolamento, altri appartenenti alla nostra collezione (10 ceppi); non ha invece determinato alcuna agglutinazione, neppure a basso titolo, con stipiti di B. Ceylonense B e di B. Madampense. Con la sospensione di uno stipite Ceylonense A è stato possibile assorbire da tale siero tutte le agglutinine. In tal modo il nostro ceppo ha dimostrato di possedere non soltanto la capacità di essere agglutinato solo dal siero anti-Ceylonense A, ma inoculato nei conigli, di determinare in essi la formazione di agglutinine specifiche anti-Ceylonense A.

Sierologicamente dunque deve essere considerato un tipico *B. Ceylonense* A.

CONCLUSIONE.

Dalle urine di una paziente sofferente di cisto-pielite cronica è stato isolato in cultura pura un metadissenterico che, mentre possiede tutti i caratteri biochimici del B. Ceylonense B (classificazione del Castellani) e cioè rapida acidificazione del lattosio e coagulazione del latte; acidificazione dello xilosio, sorbite, dulcite, produzione di indolo, ecc. si comporta sierologicamente come un tipico B. Ceylonense A. (prove agglutinanti, assorbimento di agglutinine, produzione di siero agglutinante, ecc.).

Concludendo, non è possibile assegnare lo stipite in parola a nessuno dei 3 principali tipi di batteri metadissenterici (B. Ceylonense B; B. Ceylonense A; o B. Madampense); bisogna

NOTA. La capacità che ha il b. Ceylonense B di produrre acido e gas in alcune fermentazioni verrà discussa in una prossima nota.

invece considerarlo come un germe intermedio tra il B. Ceylonense A ed il B. Ceylonense B.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un particolare tipo di metadissenterico, isolato da urine di donna sofferente di cisto-pielite cronica, che possiede tutti i caratteri biochimici di un tipico B. Ceylonense B, ma che sierologicamente invece si comporta come un tipico B. Ceylonense A.

BIBLIOGRAFIA.

1. CALALB G. e JONESCO V., C. R. S. Biol., 1925, vol. XCII, pag. 1460.
2. CHEATHAM G. R., Am. J. Obst. Gyn., 1934, vol. XXVIII, pag. 448. (Cit. DIETRICH).
3. TEVELI Z., Arch. f. Kindhl., 1935, vol. CIV, pag. 69.
4. NETER E., J. Inf. Dis., 1937, vol. LXI, pag. 338.
5. DIETRICH H. F., Am. J. Dis. Chil., 1938, vol. LVI, pag. 270.
6. CASTELLANI A. e DOUGLAS M., J. Trop. Med. Hyg., 1932, vol. XXXV, pag. 337.
7. CERRUTI C., Boll. Ist. Sier. Mil., 1934, vol. XIII, pag. 65.
8. HÄSSLER E., Edit. S. Karger Berlin, 1935.
9. DUVAL C. W., J. A. M. A., 1904, vol. XLIII, pagina 381.
10. PACHEGO G. e RODRIGUES C., C. R. S. Biol., 1930, vol. CIII, pag. 1324.
11. PACHEGO G. e PECEGO M., Bras. Med., 1936, vol. L, pag. 111.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO NAZIONALE FASCISTA
DELLA PREVIDENZA SOCIALE
OSPEDALE SANATORIALE DI TRAPANI

Trattamento delle dispepsie tubercolari con bromo ed atropina per via endovenosa. (1)

Dott. PAOLO MERENDA, direttore
Dott. ALFREDO CERAMI, assistente.

È a tutti noto come in un notevole numero di malati di tubercolosi cronica del polmone si verifichino delle turbe gastrointestinali a sintomatologia non sempre ben definita, le quali, per via della disassimilazione che determinano, finiscono col provocare indesiderabili peggioramenti dello stato generale ed indirettamente dello stato polmonare degli infermi.

A parte i casi di tubercolosi polmonare inizialmente sconosciuti, che si rendono manifesti attraverso turbe dispeptiche — recentemente raggruppate in sindromi cliniche che vanno dalla neurodispepsia di Campani alla simpaticosi di Taddei — si assiste tutti i giorni a peggioramenti sensibili di tubercolotici polmonari accertati, in cure specifiche locali o generali e sanatoriali, in corrispondenza dell'insorgenza di disturbi gastrointestinali.

Per quanto note possano essere le caratteristiche cliniche delle varie sindromi addominali di natura tubercolare, sia di origine neurotossica generale, che originate da localizzazioni specifiche intestinali, non riteniamo fuor di luogo passare rapidamente in rassegna, sulla scorta delle più recenti acquisizioni scientifiche, le diverse turbe e le diverse teorie sulla genesi di esse, onde rendere più chiara la nostra esposizione e precisare i benefici risultati terapeutici che abbiamo potuto riscontrare, in taluni casi, con la somministrazione per via endovenosa di preparati di bromo associati all'atropina.

Sotto la denominazione di disturbi gastrointestinali (Pezzotti) si dovrebbero raggruppare tutte quelle deviazioni dai processi normali della digestione che non provengono da alterazioni organiche del tubo digerente, escluse, quindi, anche le lesioni specifiche.

Non è sempre facile, però, dal punto di vista clinico, fare una netta separazione tra disturbi funzionali e disturbi causati da alterazioni tubercolari organiche, essendo la sintomatologia degli uni e degli altri talvolta simile od identica, e d'altra parte è risaputo come gravi lesioni del tubo gastrointestinale possano evolvere silenziosamente ed essere repertate al tavolo anatomico, nel mentre imponenti disturbi dispeptici possano riscontrarsi senza concomitanti lesioni anatomiche dell'intestino.

A determinare questo stato di confusione contribuiscono la discreta tendenza alla guarigione delle lesioni ulcerative nello stato iniziale (G. A. Pari), la frequenza nei tubercolotici di enterocoliti che mascherano, dominano o simulano gli esponenti di eventuali lesioni specifiche, il fatto che anche nelle enteriti specifiche la sindrome clinica è spesso sostenuta od aggravata da concomitanti enterocoliti.

Comunque, non è da mettere in dubbio che l'intossicazione tubercolare possa determinare disfunzioni simpatiche e parasimpatiche variabili a seconda che si tratti di soggetti simpaticotonici o vagotonici, e queste disfunzioni finiscono sempre con l'avere la loro ripercussione anche sull'apparato digerente.

Sta di fatto che la dispepsia nei tubercolotici, pur presentando una diversità di aspetti notevolissima da caso a caso, suole assumere delle caratteristiche predominanti che ne facilitano la diagnosi.

(1) Lavoro comunicato nella seduta del 15 marzo 1939-XVII della Sez. Reg. Siciliana della Federazione Naz. It. Fasc. per la lotta contro la Tubercolosi, in Palermo.

Accanto ai disturbi generali, caratterizzati principalmente da deperimento organico graduale e progressivo con oligoemia ed astenia, talvolta da movimenti subfebbrili irregolari, predominano dal punto di vista subiettivo l'anoressia, la disoressia, il senso di peso e di pieno all'epigastrio, subito dopo l'ingestione di quantità anche scarsa di cibo, i dolori lievi e vaganti particolarmente frequenti alle regioni ileocecale e paraombelicale. Non sono infrequenti le nausee ed il vomito, nonchè il meteorismo, e sono caratteristiche le crisi diarroiche irregolari, alternate a più o meno brevi periodi di stipsi.

Dal punto di vista obiettivo può riscontrarsi una modica ectasia dello stomaco, talvolta accompagnata da una ptosi viscerale che aggrava la sintomatologia (Morelli), la conferma della dolorabilità diffusa già descritta e la percezione, talora, delle caratteristiche di ammassi fecali residui.

È da notare inoltre la prevalenza dei disturbi intestinali su quelli gastrici, la rarità dello stato suburrale della lingua e del foetor ex ore, nel mentre sono frequenti certe stranezze capricciose dell'appetito, per cui tubercolotici anche gravissimi appetiscono e sembrano digerire i cibi più incongrui.

Facciamo appena un cenno dell'ormai conosciuta tubercolosi cronica neurodispeptica individuata da Campani. Essa, dice lo stesso Autore, è forse la più cronica delle tubercolosi, non guarisce mai, ma in genere concede vita lunghissima, e assai comune e spesso ignorata ed è come confusa nel quadro delle dispepsie croniche. Ha tappe febbrili rare a basse cuspidi distanziate magari da anni con dispepsie gastriche od intestinali invincibili, stato di nutrizione povero ma poco oscillante e poco influenzabile dalla cura ambientale compresa la climatica. Questo stato dispeptico è come alternato alla scarsa sintomatologia toracica consistente in lievi dolori locali, talvolta emoftoe, rare essudazioni alveolari, più spesso congestioni bronchiali e pleuriche. Ed è, comunque, derivante da una causa generale verosimilmente collegata ad ipersensibilità tubercolare allergica, e riconosce una particolare labilità od eccitabilità tossigena del sistema nervoso prevalentemente vegetativo.

Recentemente il Taddei, sotto la denominazione di simpaticosi addominale, ha poi definito una sindrome caratterizzata da dati anamnestici e da reperti clinici così costanti da potersi considerare patognomonici. Trattasi di pazienti i quali accusano di essere molestati da una dolorabilità addominale mal definita, nonchè da senso di malessere generale e temperatura subfebbrile a tipo irregolare e per lo più serotina o che è maggiormente avvertita dopo uno strapazzo fisico anche lieve, e nelle donne in rapporto ai cicli mestruali. Questa sintomatologia è accompagnata da scadimento delle condizioni generali, e non va disgiunta da maggior sofferenza o da senso di peso a carico dell'addome alto in rapporto con la ingestione del cibo.

Dal punto di vista obiettivo, la sindrome si manifesta in particolar modo con una dolenzia a carico dell'addome, non delimitata in modo preciso, ma in linea generale circoscritta a livello dell'aorta addominale e delle iliache, specialmente della destra.

Nello studio dell'etiologia di questa sindrome apparentemente oscura, entra come elemento chiarificatore una minuta indagine sulle condizioni dello apparato respiratorio, che permetterà di rilevare dei segni riferibili ad alterazione del polmone lievi ed iniziali.

Ci troveremmo, quindi, pressochè tornati o per lo meno avvicinati alla forma neurodispeptica di Campani, e non saremmo lontani dal morbo tubercolare di Maragliano, ed in definitiva rientreremmo nettamente nell'etiologia puramente tubercolare della simpaticosi. Ad elemento base di essa avremmo l'azione tossica generica, ed in modo particolare la tossiemia tubercolare che, attraverso il sensibile sistema nervoso condurrebbe all'estrinsecazione della dispepsia in senso lato con anemia, perturbamenti dell'innervazione, ecc.

*
* *

L'osservazione diuturna di pazienti affetti da tubercolosi cronica del polmone e portatori di disturbi dispeptici nelle varie forme su accennate e nei diversi gradi di gravità, e lo studio di questi casi, ci hanno portato ad ammettere che a base delle dispepsie tubercolari sono da annoverare degli squilibri del sistema neurovegetativo, d'origine tossica o non, con le conseguenti irregolarità della secrezione, eccitabilità, motilità e sensibilità del tratto intestinale.

D'altra parte, il recente studio di Landau, Glass e Heiman sul trattamento di ulcere gastroduodenali mediante somministrazione sottocutanea di solfato di atropina e di somministrazione per bocca di bromuro di sodio, e la successiva applicazione per via endovenosa dei due preparati, espedienti i quali portarono quasi sempre alla scomparsa dei dolori soggettivi ed obiettivi, dei vomiti, e delle emorragie, accompagnata da aumento di peso, ecc.,

ci portarono a considerare l'opportunità di adottare gli stessi presidi terapeutici contro disturbi funzionali intestinali di origine tubercolare.

Sta di fatto che il bromo esercita la sua azione essenzialmente sul sistema nervoso centrale, diminuendo l'eccitabilità riflessa e producendo uno stato di calma che in certe condizioni favorisce persino il sonno. Analoga azione esso esercita, per quanto in proporzioni minori, sui centri spinali, dei quali abbassa l'eccitabilità riflessa.

Nel mentre l'atropina esplica un'azione paralizzante su parecchie estremità nervose e neuromuscolari in forma caratteristica ed addirittura elettiva. Azione, quindi, pronta e sicura sulle estremità nervose periferiche del sistema nervoso autonomo — vago compreso — del quale paralizza le terminazioni eccito-motrici. Questo effetto viene ad esercitarsi essenzialmente sulla peristalsi, e tanto più, quanto più il tono del vago è abnormemente elevato. In questo caso anche piccole dosi di atropina esplicano nettamente la loro attività su questo nervo ed ottundono l'eccitabilità delle sue terminazioni sopprimendo, quindi, lo stato spastico dell'intestino, ed agendo favorevolmente sulla sensibilità dolorifica di esso.

Pertanto, sulla guida di queste premesse farmacologiche, ci è sembrato giustificato il tentare l'impiego di complessi bromo-atropinici nei disturbi dispeptici tubercolari, nella speranza di arrivare al fine di beneficamente influire su di essi, almeno dal punto di vista strettamente sintomatico. L'indagine clinico-terapeutica ha confermato i postulati teorici, e ci ha dato risultati talmente favorevoli che riteniamo opportuno far conoscere.

Noi ci siamo serviti di preparati bromo-atropinici contenenti circa gr. 0,50 di sali di bromo, addizionati ad un milligrammo di atropina solfato in soluzione acquosa: abbiamo fatto il miscuglio al momento dell'uso per evitare la formazione di precipitati, ed abbiamo somministrato per via endovenosa. Le iniezioni sono state praticate quasi sempre al mattino, talvolta la sera od in ore diverse del giorno, in rapporto al ciclo di intensità dei disturbi.

Il risultato è stato costantemente favorevole sui disturbi sintomatici dispeptici dei nostri pazienti, fra i quali non possiamo escludere che potessero esistere dei casi a lesioni organiche. In taluni casi abbiamo avuto la sorpresa di vedere scomparire disturbi esistenti anche da svariati mesi dopo 10-15 iniezioni ed in forma persistente anche dopo mesi dalla cessazione della cura, mentre nel numero maggiore degli infermi l'azione dei farmaci, sempre rapida e sempre notevole, ha avuto ed ha effetto transitorio, avendo i disturbi tendenza a rinnovarsi non appena o dopo poco tempo si sospenda la cura.

L'azione più notevole l'abbiamo riscontrata sui dolori gastro-intestinali, sulle nausee, sul senso di pienezza all'epigastrio e sulla diarrea. Nello stesso tempo abbiamo visto migliorare l'appetito degli infermi ed il peso corporeo di essi.

In qualche ammalato l'azione benefica è stata assai scarsa, e comunque troppo passeggera; ma trattavasi sempre di pazienti nei quali si aveva ragione di ritenere che si fosse, oltre la turba dispeptica, verso la netta lesione organica accompagnata da forma grave polmonare e da tossiemia.

Sul meccanismo di azione della cura poco ci resta da dire dopo quanto dicemmo nella parte descrittiva. Il miglioramento dell'appetito possiamo spiegarlo con la riduzione dei disturbi subiettivi (dolore, peso epigastrico) e con la regolazione della secrezione e della cinesi gastrointestinali. Il miglioramento del peso, infine, va evidentemente collegato con la maggiore introduzione di cibo e con l'utilizzazione di esso resa finalmente possibile.

La cura non diede in alcun caso disturbi notevoli: è quasi costante un senso di secchezza alle fauci, passeggero e di lieve importanza: qualche volta, ove l'atropina era meno tollerata, si è avuta temporanea dilatazione della pupilla; in un solo caso l'iniezione provocò ipereccitabilità notevole del sistema nervoso centrale, per cui non si credette opportuno insistere nella cura. La comune indagine clinica ci ha dimostrato, per altro, che nessuna azione sfavorevole il sistema di cura esercita, anche se prolungato, sui vari organi della economia.

Ci pare aver fatto cosa utile, pertanto, rendendo noti questi risultati clinico-terapeutici, i quali potranno subito trovare utile impiego nei tubercolotici dispeptici.

RIASSUNTO.

Gli AA. hanno praticato la cura delle dispepsie tubercolari mediante somministrazione, per via endovenosa, di preparati bromo-atropinici.

Essi hanno ottenuto benefica azione sintomatica, talora persistente, specialmente sui dolori gastrointestinali, sulle nausee, sul senso di pienezza epigastrica e sulla diarrea.

Per spiegare il meccanismo di azione dei

farmaci impiegati, fanno ricorso ad elementi di tisiologia e farmacologia, che illustrano.

PRINCIPALI LAVORI CONSULTATI.

1. LANDAU e GLASS. Arch. des maladies de l'appareil digestive, T. 20.
2. LANDAU e HEJMAN. La Presse Méd., n. 84, 1937.
3. CHATAGNON. La Presse Méd., n. 35, 1937.
4. BELLOMO. Minerva Medica, vol. II, 1938.
5. MILLUL. Gazzetta Intern. di Medicina e Chirurgia, n. 23, 1938.
6. CAMPANI. Rivista di Patol. e Clin. della Tubercolosi, n. 5, 1938.
7. MONALDI. Lotta contro la Tubercolosi, n. 10, 1933.
8. PEZZOTTI. La Tisiologia nella pratica Medica, 1933.
9. DONATI. La tubercolosi extrapolmonare, 1938.
10. MARAGLIANO. Trattato della Tubercolosi, volume III, 1931.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE « N. GIANNETTASIO » DI ROSSANO.

Rottura soprarotulea del tendine del quadricipite femorale.

Dott. GIUSEPPE CASCIARO, chir. prim., dirett.

Il tendine del quadricipite femorale, in casi rari e per violenze traumatiche che si esplicano quasi sempre con meccanismo indiretto, va soggetto a rottura totale della sua parte più prossima alla base della rotula, ove per la fusione delle lamine tendinee del retto anteriore e dei tre vasti costituisce uno dei più robusti fasci tendinei del corpo umano. Il Ruysh, che nel 1720 pubblicò il primo caso, giudicò questa lesione « difficile a credersi, conoscendosi il volume e la resistenza del tendine »: e questa frase denota quanto quella osservazione fosse apparsa eccezionale. Da allora sono stati comunicati, secondo A. e G. Austoni, — e, cioè, sino al 1936 — circa duecento casi, ai quali possono aggiungersi pochissimi altri di autori posteriori. Nel numero complessivo figurano soltanto undici — se non m'inganno — di osservatori italiani: uno di Carossini, uno di Fasiani, uno di Rebizzi, uno di Moraca, uno di Galli, uno di Lenti, tre di A. e G. Austoni e due di Schapira.

Malgrado l'esiguità di questo numero, esistono nella nostra letteratura alcuni lavori assai pregevoli sull'argomento.

Quello del Fasiani, comparso nel 1923, contiene un'esposizione già quasi completa di quanto si conosce ancor oggi sulla patogenesi della rottura, specie sull'influenza predisponente della alterazioni senili del tendine.

Il De Francesco, in una monografia del 1933, ha studiato a fondo l'anatomia normale e patologica dei tendini in generale, soffermandosi particolarmente a esaminare le modificazioni della loro irrorazione sanguigna e della loro struttura in dipendenza dell'età e sotto l'influenza di alcune malattie, quali la sifilide e la sclerosi renale.

Più recentemente (1936) A. e G. Austoni, riferendo tre casi di rottura totale del tendine del quadricipite verificatisi tutti in età avanzata, in base ad accurate ricerche radiologiche, anatomiche e istologiche si sono proposti sopratutto di dimostrare la natura e l'essenza delle alterazioni che la vecchiaia induce nel tessuto del tendine, predisponendo alla rottura.

Senza pretendere di aggiungere nulla di nuovo a quanto è stato scritto sull'argomento, credo opportuno riferire un caso da me curato, facendo seguire alcune brevi considerazioni.

A. A., insegnante elementare in pensione, di anni 75. Viene ricoverato in ospedale il 29 giugno 1934. Riferisce che tre giorni prima, camminando per una strada in piano, è scivolato ed è caduto sul ginocchio sinistro fortemente flesso mentre compiva con tutta la persona un energico sforzo per sostenere il tronco proiettato in dietro. Non ha potuto rialzarsi ed è stato trasportato a casa.

Dall'anamnesi remota non risulta nulla d'importante. Non lues. L'infermo ha goduto sempre perfetta salute e ha fatto sino al momento del trauma una vita attiva.

L'esame obiettivo fa rilevare:

Aspetto d'uomo ben portante. Robusta costituzione e nutrizione generale florida. Scheletro ben conformato. Masse muscolari sviluppate e toniche. Organi interni sani.

I movimenti attivi del ginocchio sinistro, in particolar modo l'estensione della gamba, sono aboliti. Tutta la regione del ginocchio sinistro è molto dolente e si presenta tumefatta per cospicuo versamento intrarticolare. Al di sopra della base della rotula si rileva con l'ispezione, e meglio con la palpazione, un avvallamento profondo in corrispondenza del quale le dita infossandosi avvertono il contatto dei condili femorali. La rotula è sensibilmente abbassata e viene spostata con facilità nel senso laterale.

La diagnosi di rottura totale del tendine del quadricipite è di assoluta evidenza.

OPERAZIONE (29 giugno 1934).

Anestesia novocainica locale.

Incisione trasversale soprarotulea. Svuotamento di emartro discretamente abbondante. Il tendine si presenta strappato dal tratto medio della base della rotula; e lo strappo si continua in ciascun lato con una lacerazione a tutto spessore, che si prolunga oltre il tendine propriamente detto interessando largamente la lamina tendinea del vasto corrispondente. La diastasi nel punto medio della rottura è di quattro o cinque centimetri. Il tendine è robusto, di notevole e uniforme spessore, e non presenta alterazioni della sua struttura macroscopicamente apprezzabili.

Si esegue sutura tendinea a punti staccati in catgut n. 5, applicando alcuni punti (quattro in tutto) in seta n. 5 dove la tensione appare un po' maggiore. Nel tratto ove il tendine è disinserito dall'osso, si riesce agevolmente a suturarlo mediante alcuni punti staccati in catgut alla lamina tendineo-periostea prerotulea.

Sutura totale dell'aponeurosi e della cute a punti staccati.

Si fissa l'arto in estensione mediante ferula gessata posteriore.

Guarigione per prima.

L'infermo lascia l'ospedale il 10 luglio 1934. Continua le cure a domicilio: massaggi e graduale mobilizzazione attiva e passiva. Dopo meno di un mese può fare i primi passi; e ottiene, dopo due mesi circa, una vera « restitutio ad integrum »: ripristino completo dei movimenti dèl ginocchio e andatura perfettamente normale.

Il paziente è stato riveduto a distanza di circa tre anni. È sempre vegeto. Ha un passo regolare e sicuro, anzi abbastanza svelto e quasi contrastante con l'età avanzata (anni 78).

La lesione di cui ci occupiamo si presenta con grande prevalenza — potremmo dire quasi esclusivamente — nell'età avanzata. Ciò costituisce il rilievo più interessante di quanto concerne quest'argomento; e deve necessariamente avere una ragione di ordine anatomico. Nella letteratura straniera il fatto è confermato dalla grande maggioranza dei casi descritti. Nella nostra letteratura rileviamo che, a parte il caso del Fasiani riflettente una donna di 43 anni e uno dei due casi di Schapira riflettente un uomo quarantanovenne, tutti gli altri riguardano soggetti tra 60 e 80 anni. Anche il nostro caso (anni 75) non fa eccezione alla regola. Non può quindi esservi dubbio che la senilità produca alterazioni strutturali, capaci di diminuire la resistenza del tendine (od anche dei tendini in generale), costituendo quindi una innegabile predisposizione alla sua rottura.

È stato anche notato da numerosi autori che alcune malattie generali sono elementi predisponenti alla rottura tendinea: e fra queste in prima linea l'arteriosclerosi, la gotta, il diabete, la nefrite cronica, le manifestazioni tardive della sifilide e specialmente la tabe. Si tratta di malattie che colpiscono prevalentemente la seconda metà della vita: e ciò può spiegare in parte il verificarsi della rottura tendinea quasi soltanto nell'età avanzata. Sembra però ormai accertato, specie dagli studi di Rau, di De Francesco, di A. e G. Austoni, che la senilità per sè sola, al di fuori di qualsiasi fatto morboso generale o locale, produca alterazioni a tipo involutivo della struttura dei tendini.

Il Rau fu il primo (1914) a rilevare che dopo i 30 anni la circolazione sanguigna nell'interno dei tendini subisce una sensibile e progressiva riduzione.

Più recentemente il De Francesco ha potuto stabilire che fin dal 25° anno di età si manifesta nel tessuto tendineo una tendenza alla diminuzione dell'irrorazione sanguigna, perchè si stabiliscono nei vasi processi di proliferazione dell'intima, che ne restringono il lume e a poco a poco possono finire col determinarne l'obliterazione. Questi processi sarebbero in particolar modo accentuati dalla sifilide e dalla sclerosi renale: il che darebbe una spiegazione del caso eccezionale, riferito dal Fasiani, in cui si ebbe — in un soggetto relativamente giovine (43 anni) ma affetto da nefrite cronica — la contemporanea rottura del tendine del quadricipite di un lato, del legamento rotuleo dell'altro lato e del tendine di un tricipite brachiale.

A. e G. Austoni, studiando numerosi tendini quadricipitali di soggetti attempati e vecchi, hanno confermato la spiccata riduzione della loro rete vascolare con diminuzione del calibro dei singoli vasi ed hanno inoltre messo in luce altri fattori di indebolimento della loro struttura: « addensamento dei fasci tendinosi per una notevole diminuzione del connettivo lasso interfascicolare; scomparsa totale o quasi delle fibre elastiche e dell'ondulazione caratteristica dei fascetti di fibre tendinee ».

I medesimi autori hanno infine rivolto la loro maggiore attenzione al fatto (già notato da Axhausen, da Wunsch, da Werth, da Lenormant e Olivier) della frequente comparsa nel tendine quadricipitale di persone attempate, specie nella parte più prossima all'inserzione sulla rotula, di formazioni cartilaginee ed ossee. Essi hanno potuto constatare che, nel 10 % dei soggetti fra i 40 e i 60 anni e nel 33 % oltre i 60, esistono nel tendine produzioni ossee di numero e dimensioni varie: alcune sotto forma di speroni, altre di clave, altre di dentelli più o meno regolarmente allineati in corrispondenza della base della rotula. Il loro formarsi sarebbe probabilmente in dipendenza di lievi traumi ripetuti (*tenite o tenosi ossificante traumatica*); e la loro presenza determinerebbe una spiccata tendenza alla rottura. Tali formazioni intratendinee sono spesso bilaterali, al pari delle altre alterazioni strutturali sopra descritte; e ciò spiega la frequente bilateralità della rottura del tendine del quadricipite (19 casi su 100, secondo Lenormant e Olivier).

Nel nostro caso, noi non vedemmo durante l'atto operativo alcun accenno a formazioni os-

see o cartilaginee nè altre alterazioni macroscopiche del tendine, il quale anzi appariva di notevole spessore e di compatta uniforme struttura. A distanza di circa tre anni dall'avvenuta guarigione, abbiamo eseguito l'esame radiografico dei due tendini quadricipitali in proiezione laterale. Nel radiogramma del lato sano non sono apparse ombre riferibili a formazioni ossee intratendinee. Quello del lato ove avvenne la rottura dimostra con evidenza la presenza di quattro formazioni ossee: una sul margine anteriore della base della rotula e un po' in contatto con la superficie anteriore dell'osso medesimo, tale da apparire una specie di squametta ossea distaccata da questo; altre nello spessore del tendine, separate dalla rotula e poi più o meno ad essa vicine. Il loro aspetto riproduce abbastanza esattamente quanto A. e G. Austoni hanno osservato nei loro casi. Tuttavia — pur senza poterlo affermare con sicurezza, avendo omesso l'esame radiografico nel momento del trauma — io credo che nel nostro caso trattasi di formazioni ossee secondarie al trauma e dovute all'accrescimento di minutissime squamette osteoperiostee distaccatesi con le fibre tendinee dalla base della rotula. S'intende che ciò non diminuisce affatto l'importanza di eventuali formazioni ossee preesistenti nel determinismo della relativa fragilità che il tendine del quadricipite presenta nell'età avanzata e alla quale devono concorrere più o meno tutte le altre alterazioni strutturali a cui ho fatto cenno.

Nei giovani, nei quali la robustezza e la resistenza del tendine son tali che parrebbe quasi impossibile la sua rottura, questa è stata osservata in casi eccezionalissimi a causa di gravi violenze traumatiche. Anche nelle persone anziane il fattore traumatico è sempre di notevole intensità. Solo in pochi casi, che potremmo dire di *rotture patologiche*, l'esistenza di grossolane alterazioni del tendine — come focolai flogistici luetici e tubercolari, fatti di degenerazione grassa, ecc. — può far sì che esso si rompa per traumi lievi e quasi insignificanti.

Il meccanismo traumatico che porta alla rottura è sempre indiretto. Risulta dalla quasi totalità dei casi descritti che il tendine si rompe in occasione di una caduta col corpo indietro, per effetto di una violenta contrazione muscolare a gamba iperflessa. In pratica, si verifica più spesso la frattura della rotula — a parte i casi incomparabilmente più numerosi di frattura per urto diretto —. La rotula è certamente il punto più fragile dell'apparato estensore della gamba; ma, se sono presenti fatti morbosi o d'involuzione senile che diminuiscono la resistenza del tendine del quadricipite, può accadere che questo ceda invece della rotula alla violenza traumatica.

Tuttavia è assai probabile che influiscano anche, nel determinare l'una o l'altra lesione, altri fattori meccanici, legati alle particolari modalità con cui il trauma si produce e che non sempre, come giustamente osserva Moraca, è possibile ricostruire. A me pare che, se diamo sopratutto importanza a quanto si rileva dall'osservazione del focolaio di rottura, probabilmente il meccanismo della rottura medesima s'intenderà più facilmente. Nel nostro caso abbiamo constatato all'atto operativo che la parte media del tendine era strappata dall'osso. Numerosi altri osservatori hanno rilevato l'identico strappamento; e a ogni modo la generalità degli autori parla di rottura tendinea prodottasi in tutta vicinanza della base della rotula. Probabilmente in un buon numero di casi l'evento iniziale è lo strappamento o la disinserzione tendinea, che si produce nel primo istante in cui agisce la violenza traumatica. Essendo esso limitato alla parte media del tendine, accade allora che — continuando il trauma ad agire — segua la rottura delle parti laterali, la cui resistenza per effetto dello stesso strappamento viene improvvisamente a mancare.

Comunque l'importanza dei fattori organici — senilità compresa — nel determinismo della rottura tendinea è stata certamente esagerata. Alcuni autori, fra i quali Schapira, ritengono che essi siano sempre predominanti e che all'elemento traumatico non spetti altra influenza che di fattore occasionale o coadiuvante. Ciò può esser vero in un numero limitato di casi. Ma è anche certo che, come molte osservazioni attestano, un trauma violento può portare alla rottura del tendine quadricipitale anche se perfettamente sano: il che, come osserva Rebizzi, ha importanza decisiva nel campo infortunistico.

Quanto alla cura, non può esservi dubbio sulla necessità di eseguire precocemente in tutti i casi la sutura tendinea. L'operazione precoce è di facile esecuzione e dà risultati pienamente sodisfacenti; mentre quella tardiva incontra, a causa dell'immancabile retrazione dei fasci muscolari quadricipitali, difficoltà gravi e talora insormontabili, e spesso richiede espedienti di plastica di difficile esecuzione e di dubbio risultato.

L'anestesia locale con novocaina all'uno per cento ci ha corrisposto in modo perfetto.

Ci siamo serviti d'una incisione trasversale soprarotulea, che è stata anche usata dal Fa-

siani e che crediamo preferibile a quella verticale raccomandata da A. e G. Austoni.

La sutura tendinea a punti staccati in catgut n. 5 ci è parsa perfettamente idonea. Tuttavia, per maggiore sicurezza, abbiamo applicato quattro punti staccati in seta n. 5 nei tratti ove si notava una certa tensione.

Nella cura post-operatoria, abbiamo creduto opportuno nei primi giorni di dare all'arto, in completa estensione della gamba, una posizione rialzata allo scopo di detendere al massimo il muscolo quadricipite e specialmente il retto anteriore. Questa posizione ci sembra raccomandabile in tutti i casi, specialmente quando si noti — come negli interventi un po' tardivi — una certa retrazione del muscolo. Dovrà essere mantenuta per una settimana o poco più, magari facendo seguire un graduale abbassamento del piede sino al piano del letto. Al fine di ottenere un ripristino sollecito e il più soddisfacente possibile dei movimenti dell'arto, è necessario iniziare precocemente, circa due settimane dopo l'atto operativo, i massaggi e la mobilizzazione.

RIASSUNTO.

Si riferisce il caso d'un uomo settantacinquenne, valido e sano, che cadendo col corpo indietro riportò rottura completa soprarotulea del tendine del quadricipite.

Seguono alcune brevi considerazioni sui fattori organici (senilità e malattie) predisponenti alla rottura del tendine, sull'importanza e sul meccanismo d'azione dell'elemento traumatico, sulla cura della lesione.

BIBLIOGRAFIA
(limitata agli autori citati)

Austoni A. e G. *Rottura totale soprarotulea del tendine del quadricipite.* «La chirurgia degli organi di movimento», vol. XXI, fasc. V, gennaio 1936.

Axhausen. *Beitrag zur Aetiologie der Quadricepssehnenruptur.* Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. 82, S. 599, 1906.

Carossini. *Rottura del tendine del quadricipite femorale e strappamento del tendine rotuleo dalla sua inserzione tibiale.* Giornale di medicina ferroviaria, pag. 407-417, 1921.

De Francesco. *Sulla così detta frattura spontanea del tendine.* Archivio di Ortopedia, vol. IL, 1933.

Fasiani. *Su un caso di rottura sottocutanea contemporanea di tre tendini.* Riforma medica, pag. 557, 1923.

Galli. Memorie della Società Piemontese di Chirurgia, 1-14.

Lenormant e Olivier. *Les ruptures sus-rotuliennes du quadriceps fémoral.* Presse Médicale, n. 81, 1933.

Lenti. *Rotture soprarotulee del quadricipite.* Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, vol. 16, giugno 1935.

Moraca. *Su di un caso di rottura del tendine del quadricipite.* Riforma Medica, pag. 130, 1929.

Rau. *Die Gefässversorgung der Sehnen.* Anat. Hefte, Bd. 50, H. 3, S. 678, 1914.

Rebizzi. *Rottura del tendine del quadricipite.* Morgagni, n. 11, 1925.

Ruysch. Advers. Anat. Med. 1720.

Schapira. *Le rotture del tendine del quadricipite femorale.* Archivio di Ortopedia, vol. 52, fasc. 2, giugno 1936.

Werth. Deutsche Zeitschr. für Chir., Bd. 43, S. 569, 1910.

Wunsch. *Ein Fall von Abriss der Quadricepssehne an der Patella.* Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 43, S. 613, 1896.

*

PROBLEMI DIBATTUTI

Ospedale « Principe di Piemonte » - Zara
Reparto chirurgico.

Ancora sull'appendicite

per il primario prof. F. Graziani.

Recentemente il Cavina sul N. 19 della Sezione Pratica del *Policlinico* ritorna sull'argomento per combattere le eventuali illusioni create da alcuni sostenitori di cure esclusivamente mediche nell'appendicite.

Prima di lui il Gucci era insorto contro la bismutoterapia nell'appendicite e ora il Cavina si intrattiene specialmete sulla sieroterapia.

Conclude che sarebbe doveroso « incoraggiare piuttosto lo spirito audace ed aggressivo del chirurgo moderno ed insistere nella diffusione presso medici e profani di questo canone fondamentale ormai concretato dalla vasta esperienza di operatori di tutto il mondo: ogni appendicite acuta, appena diagnosticata, va operata d'urgenza come un'ernia strozzata, come una perforazione di ulcera gastroduodenale, come una ferita penetrante dell'addome ». Finisce dicendo che mentre l'operazione precoce e sistematica varrà a salvare tante vite umane « varrà altresì a salvaguardare la nostra responsabilità professionale, a proteggerci, — è bene insistere su questo punto doloroso — da eventuali sanzioni giudiziarie ».

Non vi è dubbio che dopo quanto si è detto e scritto sulla cura chirurgica dell'appendicite, meraviglia il fatto che si possa scrivere ancora di cure mediche che dovrebbero soppiantare l'intelligente e ardito lavoro che solamente il bisturi ha finora compiuto.

Ma lo stesso Aievoli che aveva dato lo spunto allo scritto del Cavina, si dichiara convinto della cura chirurgica e specifica sul N. 23 del *Policlinico* quanto aveva inteso dire nel suo primo articolo.

Non è dunque per questo che anche io torno sull'argomento. Intervengo invece solamente

perchè essendomi interessato parecchio della chirurgia dell'appendicite, penso che specialmente su riviste di natura pratica che corrono per le mani di professionisti fatti, ma anche di molti giovani, non si dovrebbe essere assolutisti in alcuna direzione.

Aggiungo subito che non vorrei essere frainteso; sono interventista convinto e non solo nelle prime 48 ore, ma anche nel periodo intermedio. E oltre al resto, ho dedicato nel 1935 una monografia edita dal Pozzi di Roma alla « Chirurgia dell'appendicite nel periodo intermedio » e in seguito son ritornato sull'argomento sul *Policlinico* stesso. Poichè in tale periodo esistevano ed esistono i maggiori dissensi e ho cercato quindi di studiare l'affezione dal punto di vista clinico, radiologico e anatomopatologico in rapporto all'intervento. Ora quando si parla di intervento urgente sistematico è d'uopo pensare che tale intervento si debba praticare sempre, in ogni fase evolutiva della malattia, senza tener conto di null'altro all'infuori della diagnosi. Se così fosse, non mi son sentito prima e non mi sentirei oggi di essere d'accordo in tutto. Non mi pare per lo meno giusto ridurre un capitolo di chirurgia ancora pur variamente discusso, al massimo semplicismo: diagnosi, operazione d'urgenza. Nè credo sia utile per imporre tale principio, ingenerare nell'animo del medico e del chirurgo timori di postumi atti di contrizione e perfino di sanzioni penali.

Il medico ed il chirurgo non possono e non devono saltare di sana pianta ogni ragionamento, ogni osservazione, ogni studio dell'ammalato e concretare la cura dell'appendicite in una formula unica, assoluta.

Il chirurgo specialmente che ha la maggiore responsabilità deve volta per volta, procedere all'operazione con discernimento, con convinzione e non come ai tempi nei quali il chirurgo era solamente il tecnico che operava quando e come volevano gli altri.

Non è certo qui il caso di dilungarmi su quanto altre volte già scrissi. Ma mi sia permesso di esporre in succinto pochissimi concetti frutto della mia esperienza basata su molte centinaia di appendicectomie e frutto anche di quanto ho cercato di apprendere dagli altri.

Scrissi dunque e ripeto che nelle prime 48 ore o poco più si deve intervenire e scrissi anche di una coscienza appendicitica da creare tra medici e profani. Ma poichè per ora non sempre avviene di avere i malati precocemente, noi frequentemente li vediamo più tardi. Ora nella maggioranza dei casi, in quasi tutti i casi bisogna operare anche nel periodo intermedio. Ma vi saranno pure i malati nei quali bisognerà rimandare almeno di qualche giorno l'intervento e questo non per controindicazioni comuni a qualsiasi intervento, ma proprio secondo me, per controindicazione ad operare l'appendicite in quel dato momento, in quella data fase della sua evoluzione, in quella data forma.

Come dunque regolarsi nel periodo intermedio? Ritengo giusto intervenire in qualunque giornata nei casi localizzati, stazionari o chiaramente in via di regresso.

Si deve intervenire anche nei casi che pure iniziati con gravità, con risentimento peritoneale, rapidamente si localizzano.

Infine bisogna intervenire d'urgenza nella peritonite diffusa da appendicite ed io aggiungo, contro il parere di alcuni, ch'è sempre opportuno asportare l'organo primum movens. Ritengo però non si debba intervenire sempre d'urgenza nei casi che hanno tendenza a localizzarsi in una forma ascessuale. Sarà meglio in questi casi attendere non il classico raffreddamento, il che sarebbe pericoloso, ma qualche giorno perchè si possa, quando è possibile, cadere sopra un ascesso ben definito, ben delimitato. Operando in tali condizioni sarà minore il rischio della diffusione del processo; il che può succedere, come tutti sanno, ad onta della tecnica più accurata, mentre succede meno preparando l'ammalato. In altri termini, parlo dei casi nei quali l'ascesso non ha portato ad una peritonite diffusa, anzi l'addome ha reagito con tendenza ad isolare il processo. Noi non ci troviamo più nelle prime ore nelle quali avremmo subito operato non potendo prevedere l'ulteriore decorso del processo. Ci troviamo invece al terzo, quarto, quinto giorno od oltre ancora e abbiamo clinicamente la percezione di un ascesso che si va costituendo nella regione ileocecale. Penseremo allora che proprio in tale periodo avviene il massimo lavorio di reazione plastica per cui l'appendice e il pus verranno chiusi, quasi sepolti tra le pseudomembrane fibrinose che agglutinando anse perivicine, epiploon e peritoneo parietale formano in breve, delle vere pareti d'isolamento.

E allora siamo noi autorizzati ad intralciare il lavoro che il peritoneo sta compiendo, noi che sappiamo, specie alla luce degli ultimi studi, di quale lavoro il peritoneo sia capace? Sarà più opportuno quindi in tal caso secondare il lavoro già avviato dalla natura, mediante quelle cure mediche con le quali ciascuno ha maggiore dimestichezza e operare dopo qualche giorno con maggiori garanzie di riuscita. Non dunque il classico raffreddamen-

to, ma la preparazione del focolaio sul quale dovremo operare. Non prepariamo forse l'ascesso in qualsiasi altra parte del corpo prima di inciderlo? Non attendiamo che esso sia formato e possibilmente delimitato? E perchè non dobbiamo fare altrettanto per l'ascesso appendicolare quando esso ha tendenza a localizzarsi? Ripeto, non si tratta di attendere il raffreddamento, ma la delimitazione. Nelle stesse condizioni ci troveremo di fronte alla perforazione che non abbia dato la peritonite generalizzata e che non ci arrivi subito, nel qual caso opereremo senz'altro. Se invece è trascorso qualche giorno dai sintomi eclatanti della perforazione e se tutto tende clinicamente a regredire, perchè riaprire avventatamente un focolaio settico e non attendere invece che sia ben coperto e inglobato da un lembo di epiploon e dalle sierose perivicine e così isolato, aggredirlo e asportarlo in blocco dopo aver atteso qualche giorno per tale isolamento.

Anche qui non si tratta del raffreddamento, non si tratta delle ragioni addotte dagli astensionisti che, specialmente nel periodo intermedio, paventano l'intervento più indaginoso in mezzo ad aderenze, il gemizio di sangue per la difficoltata emostasi su tessuti flogosati ecc. Si tratta solamente di operare avvedutamente e applicando la terapia come postulato della patologia e non come assioma a sè stante. Si dirà che è pericoloso lasciare in loco un nemico; che attendendo si può andare incontro a complicazioni locali e generali e specialmente ad una ripresa del processo! Ma non è frequente il caso che ciò avvenga e tanto meno quando il paziente è curato con tutti i mezzi medici che in queste evenienze sono veramente efficaci (infusioni saline e glucosate abbondanti, siero ipertonico endovena, preparati di acido nucleinico, di solfamide e anche, per chi volesse, vaccini, sieri e bismuto; niente oppio). E comunque, se ad onta di tutto questo, si avesse una ripresa, al primo allarme, al primo sospetto, avendo già l'ammalato in ospedale, si potrà operare e se mai, le cure già apprestate ci faranno lavorare su tessuti meglio preparati al traumatismo operatorio.

A convalida di quanto ho esposto, aggiungo che le evenienze delle quali parlo e nelle quali talora rimando l'intervento di qualche giorno preparando le difese dell'ammalato e della regione, riguardano proprio quel periodo della malattia racchiuso specialmente tra il terzo e il sesto, settimo giorno che come dicemmo, è il periodo che anatomopatologicamente corrisponde al massimo sforzo reattivo dell'addome. Ed appunto perciò è anche questo il periodo nel quale le varie statistiche registrano specialmente gl'insuccessi di coloro che hanno creduto di operare pur trovandosi di fronte alle condizioni nelle quali io ritengo di dover operare per lo meno senza precipitazione.

Altro è il caso, s'intende, delle forme che rappresentano un'appendicite acuta chiaramente in via di regresso che si può operare ed è bene operare in qualsiasi giornata. Il Balice dell'Università di Napoli in questi casi, non si mostra d'accordo con me. Ma l'Angeli di Firenze su « Rivista di Chirurgia », N. 2 del 1937 e parecchi altri ormai, hanno ribadito quanto prima io scrivevo, basandosi ancora una volta sul fatto che anche questi casi lasciati a sè, nascondono pericoli di aggravamento e di recidive che è bene troncare con l'intervento tempestivo.

Ho letto in proposito un lavoro del Santi di Pistoia sulla « Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia », N. 2 del 1938, nel quale egli raccoglie 34 casi di appendicite osservati dalla prima alla sesta giornata ed oltre che furono curati con i mezzi medici. Presenta inoltre nello stesso lavoro, 14 casi dalla seconda alla quinta giornata ed oltre con peritonite purulenta diffusa, curati anche con i mezzi medici.

Infine parla di 12 casi con raccolta purulenta localizzata curati egualmente con mezzi medici. I primi 34 guarirono tutti, ma l'autore non ci dice l'ulteriore sorte di essi. Guarirono clinicamente o con restitutio ad integrum come, sebbene raramente, pur qualche volta avviene? E se non guarirono anatomopatologicamente e dovettero in secondo tempo essere operati, l'autore non ci dice se furono operati a freddo o per recidive o per complicazioni secondarie, tanto più che uno di tali malati ad un dato momento ebbe una complicanza ascessuale che a quanto riporta il Santi, guarì senza operazione. Non sappiamo quindi successivamente quali manifestazioni locali o in altri organi dette in ciascuno il processo appendicolare, nè l'eventuale risultato della operazione. E allora perchè non operarli subito? Nelle mie statistiche annuali sono ormai scomparsi da tempo i casi di decessi per appendiciti di questo genere operati in periodo intermedio e tanto meglio nelle prime ore; e questo riportano anche statistiche di altri autori. Ma il vantaggio enorme della operazione tempestiva è quello di evitare lunghe degenze che sfiniscono l'organismo con i digiuni, la febbre, ecc. e deprimono lo spirito in attesa dell'operazione a freddo; senza contare che con l'operazione a tempo opportuno, in breve ridaremo al lavoro e alla società un valore umano ricuperato e sopratutto eviteremo dannose e pericolose recidive.

Ma passiamo agli altri casi del Santi; nelle forme con peritonite diffusa si ebbe una mortalità del 63 % e tale enorme mortalità credo mai sia stata riscontrata in seguito all'operazione.

Anche nella mia statistica del 1935, segnalata pure nel lavoro del Santi, per le peritoniti diffuse operate in periodo intermedio vi è una mortalità del 33 % è quindi di circa la metà; molto meno è la mortalità per le peritoniti operate precocemente.

Quanto alle forme ascessuali localizzate il Santi ci dà il 16 % ed aggiunge che non crede sia una cifra notevole. Ma ogni chirurgo sa che tale mortalità si riduce invece di molto con l'operazione, specie se si attua il trattamento da me propugnato da tempo e descritto anche in questo lavoro. Mediante tale trattamento nelle forme suppurate localizzate già nella mia statistica del 1935 segnavo zero mortalità e da quel tempo ad oggi di pochissimo è cambiata la sorte dei miei operati di questo genere. Comunque ho voluto intrattenermi sul lavoro del Santi perchè pur non riferendosi ad un gran numero di casi, tuttavia ci mette sott'occhio l'andamento di diverse forme appendicitiche trattate con mezzi medici. Ed è interessante che lo stesso autore, pur essendo medico, contrariamente alle sue premesse, finisce col concludere che nelle prime ore è bene intervenire e similmente si deve intervenire nella peritonite diffusa.

Nel periodo intermedio invece quando il reperto si mantiene circoscritto, egli ritiene inutile l'operazione, al contrario di quanto io ed altri sosteniamo per le ragioni ripetutamente scritte.

Concludendo dunque sono anche io in linea generale, per l'intervento in qualsiasi giornata, tranne che in quelle evenienze da me citate e che non sono le più frequenti. Ed ho colto l'occasione per ribadire questi miei concetti anche perchè mentre per lo passato ad alcuni sono sembrate eccessive le mie proposte di intervento nel periodo intermedio, v'è stato invece chi ha recensito le mie pubblicazioni sotto il titolo « Contro l'intervento sistematico nell'appendicite », *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* del 14 novembre 1937. Ho dimostrato invece, e sostengo, di essere in favore dell'intervento in tutti i periodi compreso il periodo intermedio, ma non partendo da una formula assoluta, assiomatica, sibbene sceverando caso da caso e operando dopo avere ben vagliato, specie in alcune forme, il momento più opportuno per l'operazione. Sono quindi contro l'operazione urgente sistematica, ma non contro l'operazione sistematica.

Ho scritto sulla chirurgia dell'appendicite nel periodo intermedio pensando, come dissi nella introduzione alla mia monografia, che solamente si potrà trovare la giusta via quando i risultati operatori saranno messi in raffronto non solo con la sindrome clinica ma anche e sopratutto, col reperto istopatologico e quando è possibile, col reperto radiologico precedentemente studiato. Con tale criterio ho trattato e pubblicato numerosi casi di appendicite in diverso stadio. E nelle conclusioni della mia monografia scrivevo che le mie deduzioni specie se corredate da ulteriori osservazioni mie e di altri, potranno sempre più dimostrare che nella chirurgia dell'appendicite non si può sottostare a formule assiomatiche inderogabili, ma che ogni chirurgo con intelligente eccletismo deve studiare il singolo caso in base alla propria esperienza e al buon senso.

Pensavo e speravo: faciant meliora potentes con più materiale, più mezzi e più competenza per bandire una buona volta gli schermi e gli assolutismi in un capitolo della chirurgia che deve essere ancora studiato e rinnovato.

Una sola cosa resta come tra i primi propugnò lo stesso Dieulafoy che l'appendicite non è suscettibile di un serio trattamento medico. Semel appendiciticus, semper appendiciticus.

Pertanto l'appendicite è malattia chirurgica ed i pericoli operatori sono minimi a patto che si prescelga con criterio il momento per l'intervento.

Zara, 29 luglio 1939-XVII.

MEDICINA COLONIALE

Sulla rarità delle deformità congenite negli indigeni eritrei.

Dott. ANTONINO DI PRAMPERO
Tenente Medico al 20° Ospedale da Campo A.O.I.

Durante circa due anni di permanenza in Eritrea ho potuto constatare l'esattezza dell'affermazione che le deformità congenite nella razza nera si osservano molto più di rado che nella razza bianca.

Appena giunto in Colonia ho cercato con occhio attento fra gli indigeni, frequentando non di rado i mercati, i portatori di deformità. Complessivamente ho notato tre casi di lus-

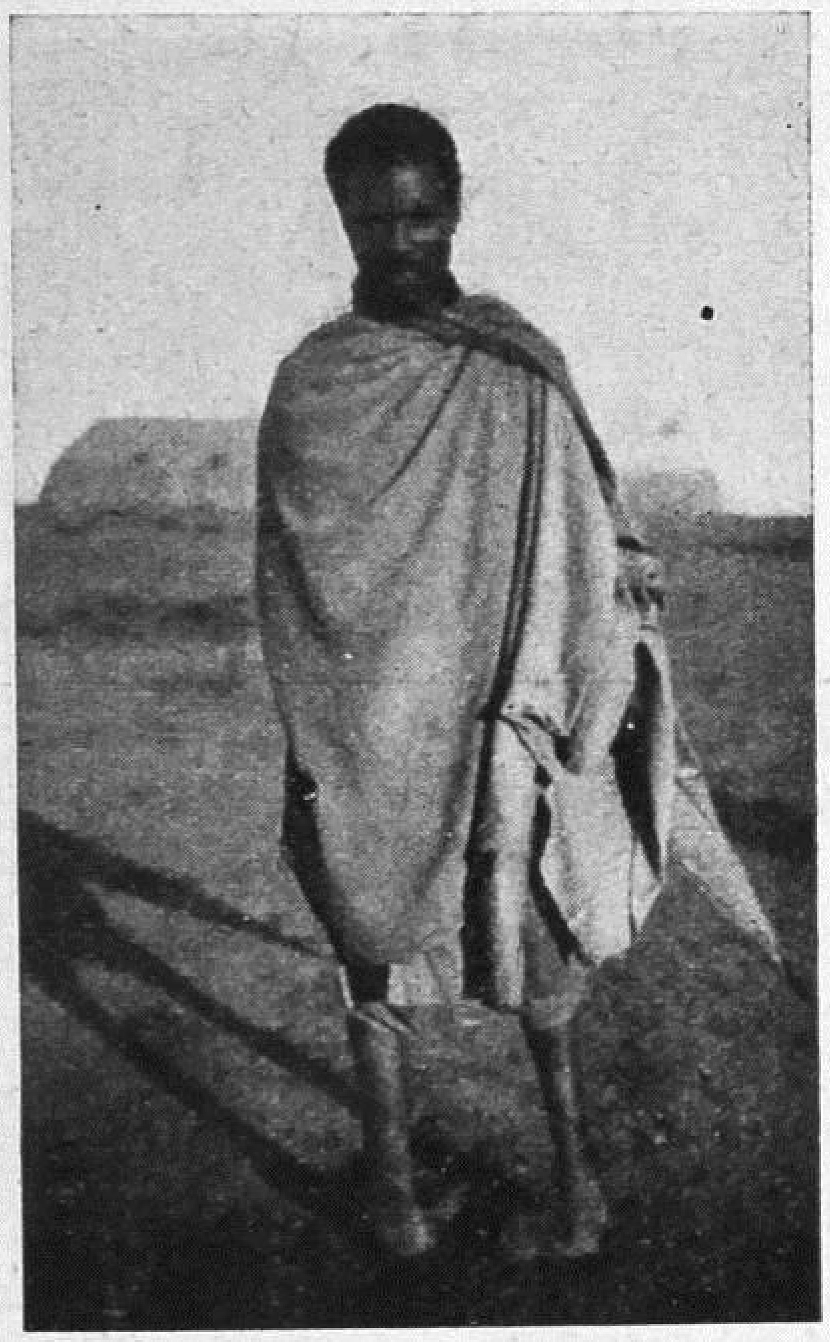


FIG. 1. — Piedi torti congeniti in adulto.

sazione congenita d'anca (due maschi, una femmina), due di piedi torti (entrambi maschi) (fig. 1), una femmina con dito soprannumerario (fig. 2) ed una acondroplasica (figura 3).

Per quanto riguarda la lussazione congenita d'anca, secondo i vari AA. rarissima nella razza nera, un fatto mi ha profondamente colpito e, sebbene a questo non si possa attribuire una particolare importanza, è certo interessante: l'atteggiamento che le madri dànno ai neonati per portarli sul dorso fino all'età della deambulazione e talora anche oltre.

Le indigene non portano mai il bambino in braccio, ma sempre e per molte ore al giorno, anche quando sono sedute a terra, tengono il figlio sistemato sul dorso e su questo fissato per mezzo di una pelle di capra, per modo che gli arti inferiori vengono a mantenere un atteggiamento di abduzione pressochè massima, di notevole flessione e rotazione esterna (figg. 4, 5, 6).



FIG. 2. — Dito soprannumerario in una femmina di 15 anni circa.

Partendo da questa osservazione si potrebbe ammettere che, se la lussazione c. a. si presentasse nella razza nera con ugual frequenza



FIG. 3. — Femmina acondroplasica di circa 35 anni.

con cui si presenta nella razza bianca, si avrebbe sin dalla nascita un adatto trattamento in abduzione, analogo a quello d'uso corrente con il cuscino divaricatore.

In seguito ad una antica usanza della

razza nera, tutti i casi indistintamente lussati e non lussati, verrebbero mantenuti nell'atteggiamento ideale per ottenere la riduzione della



FIG. 4. — Il bambino è sistemato sul dorso della madre a mezzo di una pelle di capra.

lussazione sino alla ricostruzione della configurazione scheletrica normale.

Questa nostra supposizione pur essendo a prima vista accettabile non può tuttavia dar

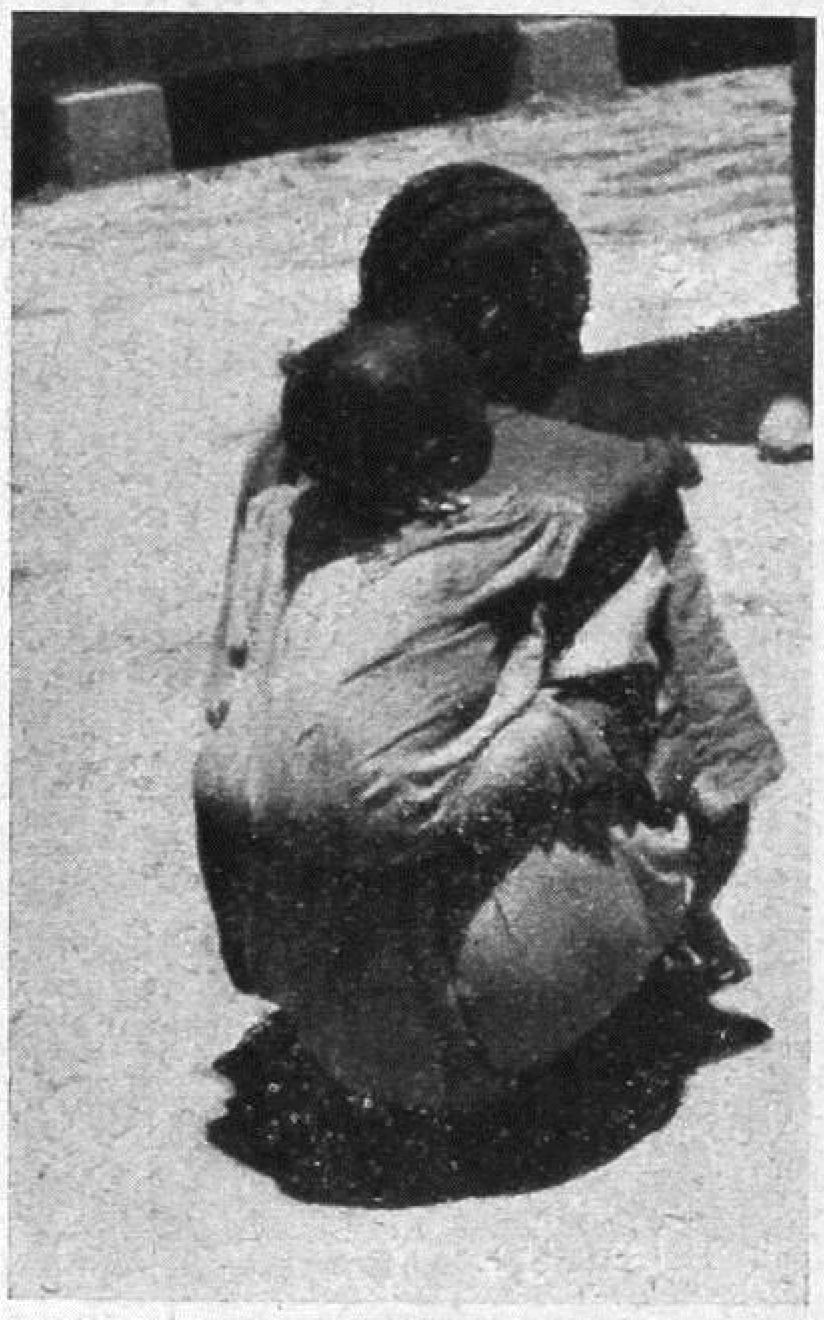


FIG. 5. — Le anche sono esageratamente flesse ed...

ragione della rarità della l.c.a. negli indigeni perchè:

1) le anche per quanto abdotte sono esageratamente flesse ed extraruotate, atteggiamento che non può certo favorire la centrazione delle epifisi;

2) il bambino non viene mantenuto in questa posizione in continuità, ma solo durante il giorno;

3) alla rarità della lussazione c. a. corrisponde una rarità di altre deformità congenite: è più logico quindi attribuire questa quasi completa assenza di deformità congenite alle caratteristiche della razza anzichè a fortuite condizioni di cura inconsapevole.

Da qualche indigeno, fra i più evoluti, ho saputo che la consanguineità è vietata dalla loro religione, divieto che è rigorosamente osservato; che la sterilità, gli aborti, i parti prematuri, cui segue generalmente la morte, ed i parti bigemini non sono rari; è noto agli indigeni che la lussazione è congenita, ma pur



FIG. 6. — ... extraruotate.

non escludono il fattore trauma avvenuto in tenera età: interessante il fatto che in lingua tigrina la parola « hancàs » sta a definire claudicazione.

RIASSUNTO.

Durante 2 anni di permanenza in A. O. I. l'A. ha osservato complessivamente soltanto 7 casi di deformità congenite negli indigeni.

Fa notare l'atteggiamento di abduzione che le anche dei neonati assumono quando vengono portati sul dorso della madre e lo confronta con il trattamento corrente della prelussazione congenita delle anche per mezzo del cuscino divaricatore.

Non ammette che a tale atteggiamento debba attribuirsi la rarità della L. C. A. negli indigeni, sopratutto per il fatto che questi sono raramente affetti da altre deformità congenite.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Clinica e terapia dell'influenza.

(N. v. Jagic e H. Rosegger. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 14 luglio 1939).

L'influenza si manifesta da qualche secolo sotto forme di pandemie che si ripetono ogni 20 o 40 anni. Ma tra l'una e l'altra pandemia si hanno sempre casi sporadici e sopra tutto focolai epidemici più o meno diffusi e con manifestazioni più o meno gravi. Sembra che in seguito ad una pandemia gran parte della popolazione acquisti l'immunità verso l'influenza, che durante gli intervalli interpandemici continua a colpire più o meno diffusamente gli individui rimasti suscettibili, per poi ripresentarsi di nuovo con un'altra ondata pandemica quando la immunità precedentemente acquisita è cessata.

Per quel che riguarda l'agente etiologico solo in questi ultimi tempi si è fatta un po' di luce. Il bacillo di Pfeiffer non è, come si ritenne, l'agente specifico dell'influenza, che è stato riconosciuto in un virus filtrabile. Le forme pure sarebbero date da questo virus, mentre le forme complicate sarebbero date dall'azione combinata dal virus stesso con altri germi, sopra tutto con il bacillo di Pfeiffer.

Il contagio avviene a mezzo di goccioline infette e la malattia si diffonde rapidamente a causa della grande sensibilità dell'uomo verso l'influenza e della facilità dei contatti e dei mezzi di trasporto. Più che dagli stessi malati l'infezione è diffusa dai portatori, individui che hanno superato la malattia o l'hanno sofferta in forma abortiva passata inosservata.

Si ritiene generalmente che l'incubazione duri da 18 ore a 4 giorni. Quindi s'inizia il quadro clinico dell'influenza semplice o pura: senso di secchezza e di asprezza alla gola, senso di stanchezza e di abbattimento, vaghe dolenzie degli arti, cefalea. Talvolta si ha improvvisamente collasso con caduta a terra, specie nelle giovani donne, anche quando l'ulteriore decorso della malattia non è grave. Contemporaneamente la temperatura comincia a salire e raggiunge, talvolta senza brividi, talvolta con brividi più o meno forti, i 39° ed anche più. Il reperto obiettivo è scarso: le fauci e specialmente la volta palatina sono arrossate. In questo momento si ha tosse secca, indice della compartecipazione delle vie aeree. Per lo più si ha una tracheite, che dà un senso come di lacerazione dietro lo sterno. Poichè nelle forme non complicate non si hanno fenomeni bronchiali il reperto pulmonare è negativo. Il fatto più caratteristico è la tosse insistente, molesta, secca o tutt'al più con un po' di muco e talvolta con piccole quantità di sangue.

La pressione vasale si abbassa (90-100 sistolica a 55-75 diastolica). La frequenza del polso è di poco aumentata. Nulla si riscontra a carico del cuore e degli altri organi cavitari. Può rilevarsi solo un modico tumore di milza che eventualmente persiste anche alcuni giorni dopo la caduta della febbre, e che non è in rapporto con la gravità della malattia. Talvolta si ha meteorismo. I pazienti che hanno dolori dorso-lombari presentano anche una certa sensibilità alla pressione dei muscoli corrispondenti, fatti che sembrano in rapporto a focolai degenerativi o a piccole emorragie dei muscoli.

Le ossa e le articolazioni appaiono normali. Anche i riflessi non presentano modificazioni, ma in alcuni ne è stata constatata la scomparsa. La pressione sui tronchi e sui punti di emergenza dei nervi, ad es. del trigemino, riesce dolente specie quando si hanno corrispondenti neuralgie spontanee. La temperatura si mantiene alta per 3-5 giorni con andamento irregolare per poi cadere al normale talvolta per crisi. Talvolta persiste una tendenza alle temperature subfebbrili. Contemporaneamente si attenuano i disturbi subiettivi, quantunque le neuralgie, la tosse, e specialmente l'astenia possono durare ancora per giorni e settimane.

Il numero dei leucociti al culmine della malattia risulta diminuita, mentre al primo giorno della malattia si ha una netta leucocitosi. La velocità di sedimentazione di solito rimane normale.

L'elettrocardiogramma, il radiogramma del cuore e dei pulmoni sono normali.

L'influenza può avere recidive.

Tra le complicazioni è da menzionare innanzi tutto la bronchite, che può manifestarsi fin da principio e prolunga il decorso della malattia. Si tratta di un processo infiammatorio che investe tutto l'albero bronchiale fino ai bronchioli ed ha carattere spastico. La tosse è insistente, spasmodica, quasi analoga a quella della pertosse, che può dare anche il vomito, ed è accompagnata da espettorato talvolta abbondante, purulento, talaltra scarso, mucoso e denso, nonchè da febbre che dura 1-2 settimane ed è seguita per molto tempo da temperatura subfebbrile. Molto spesso il processo bronchiale acuto si continua in un catarro bronchiale torpido.

In numerosi casi, specie quando l'espettorato è scarso e denso, si può ammettere che la causa della malattia sia il complesso virus-batterico. L'affezione è inizialmente provocata dal virus specifico, mentre le infezioni secondarie (stafilococco, streptococco, pneumococco, bacillo di Pfeiffer) complicano il quadro clinico dell'influenza.

In ordine di frequenza la complicazione che viene immediatamente dopo la bronchite è la pulmonite. In genere la malattia s'inizia come influenza e quando la febbre sta per cadere si

ha, talvolta con brivido, un nuovo aumento della temperatura a 39° e anche a 40°. All'ascoltazione si rilevano rantoli a piccole bolle alle basi, talvolta consonanti, che attestano la presenza d'ingorghi pulmonari.

Intanto lo stato del malato si aggrava. Si ha dispnea o tachipnea, cianosi, distensione nelle inspirazioni delle ali del naso, agitazione spesso accompagnata da euforia. Il polso diventa piccolo, la circolazione periferica debole. La pressione in genere si abbassa, ma può rimanere normale o aumentare. Al principio l'espettorato è mucoso con strie di sangue o nettamente emorragico e anche con piccole emoftoe. Poi diventa purulento pur contenendo per molto tempo sangue. L'espettorato nettamente rugginoso manca.

La presenza di sangue nello sputo, anche nelle forme di influenza non complicate, dimostra che l'agente specifico della malattia ha un'azione lesiva sulla parete dei vasi. In effetti il reperto anatomo-patologico rivela spesso la presenza di tracheiti emorragiche, nonchè di emorragie nelle più fini ramificazioni bronchiali. È molto probabile che tali emorragie rappresentino il nucleo di formazione dei focolai di pulmonite influenzale.

Solo di rado manca la leucocitosi in contrasto con la leucopenia iniziale. Si ha albuminuria. La milza è ingrandita e molle. I riflessi di solito sono aboliti.

Il decorso della pulmonite influenzale è in rapporto alla estensione del processo pulmonare ed alla virulenza dell'agente infettivo. La mortalità è alta specie durante le pandemie. La morte avviene in collasso circolatorio ed in genere è preceduta da un abbassamento della temperatura.

Nei casi che volgono verso la guarigione la temperatura cade per lisi, raramente per crisi. Molto spesso persistono lungamente temperature subfebbrili. Il processo pulmonare si risolve lentamente: su tutti i fenomeni ascoltatori vanno predendo prevalenza i rantoli nettamente umidi e confluenti.

Una delle complicazioni più importanti della pulmonite influenzale è l'ascesso pulmonare.

Le sinusiti purulente costituiscono complicazioni molto frequenti dell'influenza.

Una speciale importanza hanno i fenomeni neurotossici. Il virus influenzale ha uno speciale neurotropismo. Si spiegano così la violenta cefalea iniziale, le neuralgie, sopra tutto quella del trigemino, la notevole sonnolenza, così frequenti nel corso dell'influenza. Sono stati segnalati fenomeni di meningismo, meningiti e mieliti.

A carico del cuore sono da segnalare le alterazioni degenerative, i focolai infiammatori e le emorragie del miocardio che spiegano i fatti clinici su accennati.

La circolazione periferica è particolarmente compromessa. Si hanno molte lesioni tossiche delle pareti vasali con emorragie nonchè paralisi capillari, che provocano abbassamento della pressione, raffreddamento delle estremità, ed anche più gravi complicazioni. La labilità della pressione vasale può persistere a lungo durante la convalescenza.

Al riguardo è da notare che i disturbi circolatori son anche determinati da alterazioni, spesso cospicue, delle capsule surrenali. Queste possono essere addirittura distrutte da focolai emorragici. Si spiegano così le forme acutissime di influenza con rapido esito letale. L'insufficienza surrenale talvolta dura molto a lungo dando luogo alle note forme di astenia e di ipotensione post-influenzale.

A carico dell'apparato digerente sono state notate le forme intestinali evidentemente di natura tossica. In alcune epidemie si sono verificati frequenti casi di infiammazione del cieco.

Le nefriti influenzali sono molto rare; l'albuminuria si ha durante la febbre nel periodo iniziale e nel corso delle complicazioni pulmonari.

Le ossa e le articolazioni di solito non sono colpite.

Data la fenomenologia clinica dell'influenza sarebbe da aspettarsi che questa malattia assuma particolare carattere di gravità in individui tarati. In genere però ciò non avviene. Nei cardiopazienti, negli artritici, negli enfisematosi, nei bronchitici cronici l'influenza non suole avere un decorso diverso da quello che ha nei normali, nè suole avere influenza aggravante sulla malattia preesistente. È stato sostenuto che l'influenza non complicata non ha un decorso più grave nei tubercolotici. Non si può escludere però che aggravi le condizioni dei pazienti.

La gravidanza costituisce una condizione aggravante. A parte il fatto che l'influenza può determinare l'aborto, si è notato che i fenomeni generali sono sempre più rilevanti e preoccupanti.

La diagnosi differenziale va posta con la tubercolosi pulmonare, la pulmonite lobare, la pertosse, la psittacosi, il tifo, il paratifo, la tonsillite, l'appendicite. È ovvio che la confusione con dette affezioni è possibile solo quando l'influenza assume una forma atipica. Certo occorre una maggiore ponderazione quando la malattia tende a prendere un decorso lento. Specie durante le pandemie è possibile diagnosticare per influenza affezioni di tutt'altra natura.

Il trattamento dell'influenza è esclusivamente sintomatico. I tentativi di sieroterapia non hanno dato finora risultati convincenti. Altrettanto può dirsi dei medicamenti adoperati per combattere radicalmente l'infezione (urotropina e simili).

Il riposo assoluto a letto è indispensabile.

L'idroterapia (impacchi freddi sul petto, e nei malati gravi su tutto il tronco, per mezz'ora alla distanza di 2-3 ore) è molto utile. La febbre, il sensorio, la circolazione, il respiro ed i fenomeni generali reagiscono favo-

revolmente. In alcuni casi sono indicate le abluzioni fredde e le applicazioni fredde ai polpacci.

Il paziente ha scarso appetito, ma bisogna che si alimenti. La dieta deve essere a base di marmellate, succhi di frutta, dolci, budini e simili. In genere si ha ripugnanza per la carne.

Contro i fenomeni dolorosi (cefalea, neuralgie) si adopereranno la fenacetina e l'antipirina (fenacetina, antipirina, e benzoato di caffeina anacentigr. 10). Per i dolori muscolari giovano le fregagioni, e contro i dolori pleurici le applicazioni calde.

La febbre va combattuta solo quando provoca malessere grave e disturbi del sensorio. L'abitudine di somministrare aspirina in ogni caso non è commendevole. L'aspirina può provocare forme pericolose di collasso. È preferibile in molti casi adoperare l'antipirina con caffeina. Si può eventualmente ricorrere anche al piramidone. Meglio di tutto però è non fare uso affatto o fare un uso molto moderato di antipiretici. Alcuni raccomandano il chinino, che è stato perfino ritenuto un antinfluenzale specifico. Si tratta evidentemente di un'esagerazione. Tuttavia il chinino, in varie forme, può riuscire utile sullo stato generale.

Nelle forme pulmonari gli espettoranti non giovano gran chè, forse sono anche dannosi. Per fluidificare la secrezione bronchiale si possono prescrivere i decotti di altea e di poligola. Per combattere il broncospasmo va adoperata l'efetonina. Occorre calmare la tosse che riesce molto molesta, affatica e non fa dormire l'infermo: la codeina risponde bene.

Come attivanti delle circolazioni si possono adoperare preparati di canfora, la caffeina, eventualmente la stricnina, e, specie durante la convalescenza, l'adrenalina.

Una buona formula che contiene tutti i medicamenti occorrenti è la seguente:

Infuso di radice di poligola . .	gr.	150.—
Fosfato di codeina	»	0,05
Benzoato di caffeina	»	1.—
Nitrato di stricnina	»	0,003
Efetonina	»	0.30
Sciroppo semplice	»	15.—

Da prendersi nel corso di un giorno.

Dr.

Le complicazioni nervose della pulmonite.

(A. DUMOND e G. DEPLANTE. *Gazette des Hôpitaux*, 10-17 giugno 1939).

Le complicazioni nervose della pulmonite sono di ordine meningeo, paretico, psichico o di altra natura.

I. Le *complicazioni meningee* sono costituite da: meningite purulenta, meningite sierosa, meningismo.

a) La *meningite purulenta* è dovuta al passaggio dello pneumococco negli spazi sottoaracnoidei.

I segni meningei compaiono durante il periodo di stato o di defervescenza, di rado durante la convalescenza.

Si tratta di una forma grave che si manifesta tumultuosamente ed è accompagnata da febbre alta, adinamia, pallore, dolori articolari, eruzioni purpuriche, splenomegalia. Talvolta i fatti pulmonari passano in secondo piano e rappresentano quasi un episodio della setticemia pneumococcica.

La puntura lombare dà un liquido torbido con dissociazione cito-batterica: scarsezza di elementi citologici ed abbondanza di pneumococchi.

Il decorso è rapidissimo; l'esito letale in collasso la norma. Nei rari casi di guarigione dovuta alle cure adatte o alla robustezza dell'infermo si hanno postumi più o meno gravi.

In alcuni casi si ha un decorso fulminante e la diagnosi è possibile solo all'autopsia, perchè l'infermo muore prima della comparsa dei segni clinici.

b) La *meningile sierosa* consiste in un'infiammazione delle meningi con netta reazione del liquido cefalo-rachidiano. I sintomi compaiono di solito al secondo giorno della malattia e sono in genere molto marcati. Ma l'esame del liquor fa rilevare una netta differenza con la forma purulenta: è limpido, iperteso, con notevole linfocitosi ed iperalbuminosi e assenza quasi costante di pneumococchi.

La prognosi è favorevole sia *quoad vitam* come per i postumi: la cecità e le crisi di epilessia sono rarissime. Comunque è possibile la trasformazione nella forma purulenta.

Sono stati segnalati casi d'idrocefalo con decorso lento che possono lasciare un idrocefalo definitivo.

c) Il *meningismo* è una complicazione abbastanza frequente della pulmonite. Anche prima della comparsa dei segni fisici della malattia si manifestano sintomi meningei di varia importanza: rigidità discreta con rachialgie e cefalea o anche tutti i sintomi di una meningite. Ma il liquido cefalo-rachidiano è normale. Si tratta di una condizione legata ad alterazioni anatomiche poco importanti e non rilevabili all'esame istologico. La prognosi è sempre benigna.

L'epoca della comparsa di tali fatti ha un gran valore clinico. Il meningismo benigno è sempre precoce ed apre quasi sempre la scena clinica, mentre la meningite sierosa s'inizia al 2° o 3° giorno della pulmonite e regredisce contemporaneamente al focolaio pulmonare, e la meningite purulenta è sempre tardiva e si accompagna ad altre localizzazioni pneumococcemiche.

II. *Le complicazioni paretiche* si manifestano nel corso della pulmonite o dopo di essa. Sono costituite da paraplegie, monoplegie ed emiplegie. Sono in rapporto ad encefaliti, mieliti, encefalo-mieliti, polineuriti e neuriti.

In rapporto alla data della loro comparsa le paralisi possono essere para-pneumoniche o precoci e meta-pneumoniche o tardive.

A. Le *paralisi para-pneumoniche* o *precoci* sono relativamente rare. Se ne distinguono due tipi: emiplegia e paraplegia pneumonica.

a) L'*emiplegia pneumonica* con o senza afasia assume un tipo diverso a seconda che colpisce i bambini o i vecchi.

Nella pulmonite infatile l'emiplegia si stabilisce improvvisamente, si accompagna a notevoli disturbi funzionali e regredisce sempre completamente in un lasso di tempo più o meno breve.

Nei vecchi invece l'emiplegia si stabilisce sempre lentamente e rappresenta spesso una complicazione mortale.

Sembra che in ambo i casi sia in rapporto a fatti congestizi del cervello, ma non è escluso che in qualche caso sia determinata da focolaio emorragico.

b) La *paraplegia pneumonica precoce* è ancora più rara. La diagnosi si basa sulla scomparsa dei riflessi rotulei ed achillei, sulla notevole diminuzione della motilità volontaria e, dopo la defervescenza, dall'impaccio dell'andatura o anche dalla sua impossibilità assoluta. Talvolta si hanno anche segni meningei fugaci. Tutti i disturbi regrediscono lentamente.

B. Le *paralisi meta-pneumoniche* o *tardive* sono più frequenti. Il tipo più comune è la *paraplegia post-pneumonica* che si manifesta dopo la defervescenza in modo insidioso e progressivo con disturbi funzionali: l'andatura è impacciata, la stanchezza eccessiva, quindi la stazione in piedi impossibile. Intanto scompaiono i riflessi tendinei e ben presto si stabilisce la paraplegia flaccida totale. Talvolta si ha atrofia muscolare, mancano i disturbi sensitivi e sfinterici.

Il decorso è lungo ma sempre favorevole, il ricupero funzionale è completo.

Il quadro clinico è diverso a seconda che la paraplegia è in rapporto ad una mielite o ad una polineurite.

Nella forma mielitica si stabilisce improvvisamente e non è accompagnata da paralisi di altre parti del corpo. Nella forma polineuritica invece è più progressiva e tardiva, i disturbi trofici sono più importanti e possono accompagnarsi a paralisi del velo pendolo e degli arti superiori.

Tutte queste complicazioni, di origine centrale o periferica, diffuse, o localizzate, sono caratterizzate dalla benignità del loro decorso: non sono mai mortali e non lasciano postumi permanenti.

Quel che importa è il loro riconoscimento esatto e la loro origine. Le complicazioni precoci richiamando l'attenzione dei fatti neurologici rischiano di far trascurare il focolaio pneumonico: in effetti i segni della pulmonite compaiono tardivamente ed i segni funzionali respiratori non sono al principio molto marcati. È possibile perciò fare diagnosi di encefalite acuta, di poliomielite o di polineurite infettiva, la cui prognosi è incomparabilmente più grave di quella delle complicazioni pneumoniche. Nelle forme tardive, specie quelle che si manifestano a distanza di tempo della defervescenza occorre ben rilevare i precedenti morbosi immediati dell'infermo per attribuire i fatti neurologici al processo pneumonico spento o in via di spegnimento.

III. Le *complicazioni psichiche* della pulmonite hanno caratteri particolari che consentono di bene individuarle. A parte l'episodio delirante iniziale, calmo o agitante, che fa parte della sintomatologia generale della malattia, si possono avere delirî, che negli alcoolizzati assumono speciale gravità.

Tutte le infezioni sono capaci di provocare negli alcoolisti disturbi psichici, ma al riguardo il primo posto spetta alla pulmonite lobare acuta.

Si tratta talvolta di leggeri disturbi deliranti transitori e senza importanza. Altre volte il delirio persiste, assume una forma violenta ed evolve verso il delirium tremens. Al principio si ha una semplice loquacità, un'agitazione continua, uno stato confusionale; sopravvengono poi le allucinazioni terrifiche, l'agitazione psicomotoria violenta. Il volto è congestionato, vultuoso, si ha tremore intenso delle mani, sudorazione abbondante, leggero subittero delle congiuntive. Specie nel periodo delle crisi l'infermo tende al suicidio per lo più buttandosi dalla finestra. Nel 60 % dei casi si ha l'esito letale preceduto da profonda prostrazione, adinamia, polso irregolare e coma.

Ma anche negli individui non intossicati dall'alcool si possono avere forme psichiche con mutismo e delirio tranquillo, oppure con agitazione maniaca, le quali, specie nei predisposti, possono durare più o meno a lungo.

IV. Oltre alle complicazioni su accennate la pulmonite può dar luogo ad altre forme nervose: *a*) corea di Hutington; *b*) sindromi tetaniche; *c*) sindromi extrapiramidali; *d*) epilessia.

Il trattamento delle complicazioni nervose della pulmonite importa innanzi tutto la cura della malattia fondamentale.

Nella meningite sierosa giovano: le punture lombari ripetute con aspirazione di piccole quantità di liquor, il riposo assoluto, le applicazioni di ghiaccio sulla testa, gli enteroclismi evacuatori, le iniezioni endovenose di salicilato di soda, di urotropina o di ioduri, il cloralio.

Nell'encefalite pneumonica si pratica la stessa cura dell'encefalite letargica: iniezioni endovenose di urotropina, di salicilato di sodio, di ioduro di sodio.

Nelle polineuriti si adopereranno gli antinfettivi (urotropina, salicilato, ioduro di sodio), gli analgesici (aspirina, piramidone, antipirina), gli stimolanti (stricnina eventualmente con preparati di fosforo).

Nel delirio alcoolico occorrono sorveglianza e isolamento. Come sedativi si adopereranno i

bromuri ed eventualmente la morfina. Si tenterà la stricnina.

Gli estratti epatici totali si inietteranno ad alte dosi per combattere l'intossicazione del fegato.

Alcuni medicamenti, come le sulfamidi, giovano sia contro la pulmonite che contro le complicazioni nervose.

Nei casi gravi si può ricorrere all'ascesso di fissazione. Dr.

SECREZIONI INTERNE.

L'iperinsulinismo.

(R. Thomae. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 18 agosto 1939).

Nel corso degli ultimi anni si è andato precisando un quadro morboso caratterizzato essenzialmente da ipoglicemia. Finora ne sono stati osservati e descritti 120 casi con accessi glicopenici prodotti da aumento della produzione di insulina da alterazioni del pancreas o anche dell'ipofisi.

Il ricambio degli idrati di carbonio è controllato da un meccanismo molto complicato. A misura che aumenta l'apporto di insulina nel sangue, come ad es. in seguito ad adenoma delle isole di Langerhans, lo zucchero immagazzinato nel fegato e nei muscoli come glicogeno viene consumato, e si determina una diminuzione di glucosio nell'organismo che si manifesta clinicamente con disturbi molteplici della funzione del sistema nervoso centrale.

Normalmente la produzione dell'insulina è regolata mediante parecchi stimoli ed in diversi modi. Innanzi tutto è lo stesso zucchero del sangue che funziona a mo' di ormone eccitando la funzione del pancreas. In secondo luogo nel bulbo e nell'ipotalamo vi sono gruppi di cellule che regolano la secrezione dell'insulina. In terzo luogo v'è l'adrenalina che come antagonista dell'insulina ne regola e ne inibisce la produzione. Al riguardo è noto che l'eccitazione del vago aumenta la produzione dell'insulina e l'eccitazione del simpatico aumenta la produzione dell'adrenalina. Infine vi sono altri ormoni che hanno un'azione diretta o indiretta sulla funzione insulare: gli ormoni dell'ipofisi posteriore, delle gonadi, e della tiroide eccitano il simpatico, mentre l'ormone della paratiroide eccita il vago.

Il complesso sintomatico dell'accesso glicopenico, ossia l'accesso di ipoglicemia, può verificarsi nelle seguenti malattie: 1) nell'ipofunzione delle surrenali, quindi nel morbo di Addison; 2) nell'ipofunzione della tiroide, quindi nel mixedema; 3) nell'ipofunzione dell'ipofisi posteriore, quindi nel diabete insipido e nella distrofia adiposo-genitale; 4) nell'ipofunzione dell'ipofisi anteriore, quindi nella cachessia ipofisaria; 5) nell'iperfunzione dell'apparato insulare (iperinsulinismo), che può aversi nell'adenoma o carcinoma delle isole di Langerhans e nell'iperplasia delle cellule delle isole stesse.

Occorre perciò innanzitutto porre la diagnosi differenziale etiologica tra le varie forme di ipoglicemia dipendente da ipofunzione delle surrenali, della tiroide e dell'ipofisi, da una parte, e dall'altra le ipoglicemie da iperinsulinismo diretto.

Harris, che per il primo ha descritto la condizione nel 1924, distingue un'iperinsulinismo funzionale senza alterazioni del pancreas ed un iperinsulinismo organico con aumento delle cellule delle isole di Langerhans (adenoma, carcinoma ed iperplasia).

Dopo avere riportato un caso di iperinsulinismo l'A. descrive gli accessi glicopenici che possono essere piccoli, medi e grandi.

Il piccolo accesso è caratterizzato da sintomi leggeri di ipoglicemia. Si ha senso di fame, sudorazione improvvisa, fosfeni. Talvolta si ha bradicardia, talvolta tachicardia, abbassamento o aumento della pressione. La caratteristica più importante di questi disturbi è costituita dal fatto che essi scompaiono immediatamente dopo l'ingestione o l'iniezione di zucchero.

Nell'accesso medio i sintomi sono i medesimi ma più intensi. Si possono avere inoltre disturbi della parola analoghi a quelli dei bevitori, nonchè mimica e gesticolazione abbondante, e negativismo. Talvolta si ha anche irrequietezza psicomotoria, aggressività, movimenti ritmici del capo, contorcimenti della faccia, carpologia, pianto e riso forzato, nonchè altri disturbi.

Nel grande accesso i fenomeni morbosi sono più drammatici. Essi sono stati i più studiati perchè finora i casi di accessi gravi sono capitati all'osservazione in maggior numero in relazione al fatto che su le altre forme non sempre vien richiamata l'attenzione dei medici.

Per lo più dopo accessi piccoli e medi si scatena il grande accesso caratterizzato da uno stato pericoloso di collasso e di deliquio, di paralisi e di cecità transitoria. Sono caratteristici del coma glicopenico il pallore ed il sudore freddo iniziali. Talvolta si hanno anche stati letargici o stuporosi. Spesso l'accesso ipoglicemico è scambiato con una convulsione epilettica. Sono stati descritti anche casi di equivalenti psichici. Qualche volta sono state notate paralisi dei nervi cranici, emiplegie ed eminastesie.

Per la cura dell'accesso di ipoglicemia spontanea c'è naturalmente un medicamento sintomatico specifico, lo zucchero. Questo può essere dato a seconda i casi per bocca, per iniezione endovenosa, per enteroclisma o per sonda nasale.

Il trattamento preventivo consiste nella dieta adatta, nell'intervento chirurgico e nell'insulinoterapia.

Per quel che riguarda la dieta sono consigliabili piccoli pasti ripetuti ricchi di carboidrati e tenuto conto che gli accessi si verificano per lo più al mattino quando il soggetto non è ancora sveglio, è consigliabile, dare alla sera un pasto più abbondante e più ricco di zucchero. Naturalmente non bisogna esagerare nella somministrazione dello zucchero perchè quanto più se ne dà tanto più intese diventano le fasi ipoglicemiche.

Il trattamento chirurgico è indicato quando l'iperinsulinismo è determinato da carcinoma del pancreas. Prima d'intervenire quindi occorre ben precisare se l'ipoglicemia dipende da adenoma insulare, da iperplasia delle cellule delle isole di Langherans o da semplice iperinsulinismo.

La terapia insulinica può sembrare paradossale ma in effetti ha dato non di rado buon risultato. Agirebbe in base al principio che l'insulina esogena produce un'ipofunzione delle isole di Langerhans. Si pratica iniettando 20 unità di insulina dopo ogni pasto ricco di grassi, i quali anche per loro conto determinano un abbassamento della produzione d'insulina. Ma tale quantità d'insulina deve considerarsi solo come media: in pratica la dose deve essere adatta a ciascun caso corrispondentemente al tasso glicemico.

I dati finora raccolti dimostrano che i casi d'iperinsulinismo sono forse molto più numerosi di quel che può apparire. È molto probabile che i casi leggeri caratterizzati da disturbi transitori e trascurabili rimangono non diagnosticati. Sarebbe perciò utile che, in tutti quei casi di stanchezza, di svenimenti, di crampi e simili i quali non possono essere spiegati con affezioni semeiologicamente accertabili, si praticasse la determinazione della glicemia a digiuno e la tolleranza allo zucchero allo scopo di svelare l'eventuale esistenza di un iperinsulinismo. DR.

Modificazioni della sostanza birifrangente della corteccia surrenale in svariate condizioni.

(S. OLZIVALIA e K. MORI. *Klin. Wochenschr.*, 3 luglio 1939).

Poichè la corteccia surrenale è ricca di lipoidi, da molto tempo si suppone che esista un rapporto tra i lipoidi e la funzione corticale. Fra i lipoidi della corteccia ha particolare importanza la colesterina birifrangente. Esperienze su cani e su conigli dimostrano interessanti variazioni di questi lipoidi, da cui si può dedurre che la colesterina partecipi indirettamente al meccanismo di formazione dell'adrenalina. La eccitazione dello splancnico aumenta di poco, quella del parasimpatico spinale aumenta fortemente la sostanza birifrangente, l'eccitazione del simpatico la diminuisce, quella del vago è senza effetto. Il confronto con gli effetti esercitati dagli stessi stimoli sulla secrezione di adrenalina dimostra che la sostanza birifrangente aumenta con la maggiore eliminazione di adrenalina dai surreni, e diminuisce con la maggiore produzione di adrenalina negli stessi.

Iniezioni di pilocarpina, acetilcolina e nicotina (che aumentano la secrezione adrenalinica) fanno aumentare la sostanza birifrangente, iniezioni di atropina (che paralizzando il parasimpatico inibisce la eliminazione di adrenalina dai surreni) la fanno diminuire. Esperienze con ormoni dimostrano che l'adrenalina e la tirossina (eccitanti del simpatico che aumentano la produzione di adrenalina) fanno diminuire la sostanza birifrangente, l'insulina (che provoca iperadrenalinemia) e la pitressina (ormone del lobo anteriore della ipofisi che innalza la pressione per maggiore eliminazione di adrenalina dai surreni) la fanno aumentare. Iniezioni di pituitrina sono senza effetto. Nella infezione difterica viene eliminata dai surreni adrenalina in quantità, per combattere la paralisi vasale: iniettando la tossina difterica ai cani, aumenta nettamente la sostanza birifrangente nella corteccia dei loro surreni.

Dopo la scoperta del riflesso del seno carotideo di Hering si è riconosciuto che la fibra centripeta del seno carotideo regola la pressione del sangue, frenandola. La soppressione di questo freno innalza la pressione di 30-60 mm. Hg.: contemporaneamente a questo effetto di una aumentata eliminazione di adrenalina dai surreni, aumenta la sostanza birifrangente nella corteccia surrenale.

D.

La menopausa e il suo trattamento ormonico.

(GILBERT-DREYFUS. *Presse Médicale*, 11 gennaio 1939).

La menopausa spontanea oltre che dall'arresto della mestruazione è caratterizzata da un complesso sintomatologico endocrino-simpatico che può assumere gli aspetti più polimorfi. Molti denominano climaterio questo periodo della vita fisiologica della donna che si manifesta tra i 43 e 52 anni di età e dura 2-5 anni, riservando la parola menopausa al solo fatto della scomparsa del flusso mensile.

Lo squilibrio endocrino-simpatico si estrinseca con vampate, crisi di vasodilatazione che possono essere seguite da sudori, cefalea, vertigini, ronzii, un particolare stato nervoso e disturbi locali come il prurito perianale e vulvare, nonchè l'atrofia o la cheratinizzazione della mucosa vaginale. Si hanno, infine, manifestazioni nutritive e trofiche (obesità, lipoartrite, cellulite) o modificazioni morfologiche (alterazione della voce, deformazione delle estremità, dei peli).

Dal punto di vista fisiologico si possono distinguere tre fasi successive: 1) Iperfolliculinia, che si manifesta con emorragie indici di irregolarità della funzione ovarica; 2) Esauri-

mento funzionale delle ovaia; 3) Iperprolanuria dovuta ad iperpituitarismo reattivo.

Quest'ultima fase è la più importante in quanto legata ad una disfunzione di tutto il sistema endocrino. In alcune donne si hanno disturbi neurovasali a tipo basedoviano, in altre sintomi d'ipotiroidismo o iperbasofilia associata ad ipereosinofilia.

Nella menopausa artificiale provocata con la radioterapia o con l'ovariectomia bilaterale non si hanno modificazioni altrettanto profonde, il che prova che non sono in causa solo le ovaie. Dal punto di vista biologico la menopausa artificiale si distingue da quella naturale per il fatto che manca la fase d'iperfollicolinia e che anche in seguito, dopo la cessazione completa delle regole, persiste una secrezione di follicolina discretamente abbondante. Pertanto la somministrazione di follicolina non solo è inutile ma può essere anche dannosa.

Poichè nella menopausa naturale la maggior parte delle manifestazioni sono direttamente o indirettamente provocate dalla reazione iperpituitaria è indicata una terapia frenatrice dell'attività ipofisaria. D'altra parte poichè nella menopausa c'è una carenza luteinica riesce sempre utile la somministrazione di corpo luteo.

Quando i disturbi della premenopausa sembrano legati a crisi di iperfollicolinia occorre fare quotidianamente iniezioni di prolan preferibilmente B cinque o sei giorni prima delle regole, oppure nove o dodici iniezioni di 1/6 di milligrammo di luteina nella seconda quindicina del ciclo, portando la dose a 10-20 milligrammi in caso di emorragie.

Il trattamento della menopausa ben definita non si può codificare. Gli estratti totali di ovaio solo talvolta dànno qualche miglioramento, in genere sono inefficaci.

Più efficace è la diidrofollicolina che ha anche il vantaggio di poter essere somministrata per via orale. Ha un'azione favorevole sul prurito vulvare e sulle lesioni kraurosiche, ma è controindicata nelle crisi congestizie pseudomestruali e nei casi di follicolinuria notevole.

Nei casi nei quali la follicolina aggrava i disturbi preesistenti, giova ricorrere alla luteina, che si somministrerà per via parenterale: 12-15 fiale di 1/6 di milligrammo al mese praticando tre iniezioni per settimana.

In caso d'iperfunzione ipofisaria la follicolinoterapia blocca l'ipofisi: 2-4 iniezioni al mese di 5 milligrammi di benzoato di diidrofollicolina. Qualora questa cura determini una recrudescenza di nervosismo giova ricorrere alla luteinoterapia massiva (2-4 iniezioni di 5 mgr. al mese).

Anche l'ormone maschio iniettato a dosi superiori a 100 mgr. al mese ha un potere frenatore sull'ipofisi, ma talvolta provoca segni di mascolinismo.

Infine si può ricorrere alla radioterapia dell'ipofisi che modera l'iperpituitarismo postmenopausico. DR.

SANGUE E ORGANI EMOPOIETICI.

La presenza del fattore anti-anemico pernicioso in un estratto di fegati fetali bovini.

(H. S. WIGODOKY, O. RICHTER e A. C. IVY. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, giugno 1939).

Castle e i suoi collaboratori hanno dimostrato che il succo gastrico dei malati di anemia perniciosa è deficiente nei riguardi di un fattore che si trova in abbondanza negli individui normali ed a questo fatto essi attribuiscono grande importanza patogenetica nell'anemia perniciosa. Si tratterebbe di un fattore intrinseco a cui si deve aggiungere uno estrinseco di origine alimentare. Secondo questa teoria un'insufficienza del fegato si può istituire in vari modi: *a*) per mancanza del fattore estrinseco nella dieta; *b*) per mancanza del fattore intrinseco nel succo gastrico; *c*) per deficienza di assorbimento dei prodotti terminali di tutt'e due i fattori. Secondo Goldhamer ci sono altri due modi di provocare l'anemia macrocitica: l'incapacità del fegato di immagazzinare la sostanza antiperniciosa e l'incapacità del midollo osseo di utilizzare il fattore antipernicioso.

Gli AA. hanno voluto vedere se il fegato fetale contiene il fattore antianemico-pernicioso. Per questo somministrarono a tre malati di anemia perniciosa estratto di fegato fetale preparato in modo che 1 cc. corrispondesse a 100 gr. di fegato.

In tutti e tre i casi si ebbe rapidamente risposta reticulocitaria e ritorno al normale del quadro ematico, quindi certamente il fegato fetale bovino contiene il fattore antianemico. Se è vera la teoria di Castle che cioè il fattore antianemico è risultato della somma del fattore intrinseco e di quello estrinseco, bisogna ammettere che esso passi nel feto attraverso la placenta. Questo modo di vedere può condurre ad una interpretazione dell'anemia perniciosa in gravidanza: essa potrebbe essere prodotta dall'esaurirsi della riserva epatica materna del fattore antianemico che passa al feto.

L.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ARTHUR-JEAN HELD. *Les paradentoses et leur traitement*. Ed. Masson, Paris, 1939. Fr. 80.

Questo volume vuol essere una precisa messa a punto — astraendo dalle infinite ed il più delle volte superficiali e vacue astruserie e vedute di molti dilettanti su tale argomento — di quanto più fondatamente ed incontrovertibilmente si conosca sulle paradentosi e la loro terapia.

Bisogna sinceramente ammettere, dopo aver letto e riletto il libro, che l'A. è riuscito magnificamente nel suo intento che è quello di riprodurre in sintesi tutti i problemi attuali delle paradentosi e tutte le ricerche fatte nelle varie direzioni.

Il carattere nuovo dell'opera consiste nello sviluppo fisiopatologico, nell'esaminare cioè l'etiologia e la patogenesi delle paradentosi dal punto di vista delle funzioni degli organi e tessuti ammalati.

Nella prima parte del libro l'A. tratta dell'anatomia e della fisiologia del paradenzio, la cui parola, malgrado che non sia troppo felice, derivata come è da una radice greca ed una latina, è ormai entrata nella letteratura. Nel concetto del paradenzio sono compresi il cemento, il ligamento alveolo-dentario, l'osso alveolare ed il tessuto gengivale. Certo nell'osso mascellare e nella stessa gengiva non è facile trovare una netta delimitazione per l'entità morbosa che è la paradentosi. Potrebbe essere inquadrata partendo dalle fibre del ligamento, dalla estensione della gonfosi o meglio della sindesmosi, ma anche ciò si fonda più sulla immaginazione che sulla realtà.

La ragione d'essere di tutto il paradenzio dipende esclusivamente dalla presenza del dente, onde l'invecchiamento precoce o la perdita precoce di quest'organo altera profondamente i suoi tessuti d'involucro.

Sviluppate le suaccennate conoscenze l'A. passa in rassegna l'importanza della parete interna dell'alveolo, della demarcazione netta della parete ossea periodontale, delle zone corticali, dei tavolati ossei marginali, della occlusione ideale. Nell'etiologia della paradentosi giustamente si fa una chiara distinzione tra cause locali e cause generali: tra le prime l'A. comprende il tartaro, le irritazioni meccaniche, le infezioni, le occlusioni traumatizzanti, tra le seconde l'artritismo, il diabete, le turbe endocrine, quelle del sistema neuro-vegetativo e del metabolismo generale, le affezioni del tubo digestivo, le infezioni generali, le alterazioni del sistema reticolo-endoteliale, le alterazioni psichiche, lo stato costituzionale.

Per provocare le paradentosi molte di queste cause si sommano e coloro che ne hanno voluto invocare solamente una son caduti in un grave errore. In questa recensione non possiamo insistere su tale punto di vista, ma conviene tuttavia fissare bene che le paradentosi sono distrofie ed atrofie, sono invecchiamenti precoci del paradenzio determinati non solamente dall'età, ma da malattie, incurie, tossiemie che agiscono con tanta maggiore rapidità e gravità per quanto più potentemente coadiuvano le cause locali (malocclusioni, gengiviti, carie, mancanze di denti).

Inquadrate in tal modo le paradentosi, ci spieghiamo come la seconda parte del libro che tratta della terapia costituisca davvero un campo molto discusso e pieno d'incognite per cui, pur non essendo vero che le paradentosi sono incurabili, tuttavia resta un dato di fatto che la terapia ha un limite e che non può mai risolversi in una « restitutio ad integrum » ed in effetti non è stato mai possibile ottenere la possibilità di rigenerazione del margine alveolare distrutto. La terapia può ad ogni caso arrestare il decorso dell'affezione e modificare l'evoluzione.

I principii sui quali la terapia si basa sono i seguenti: 1) ristabilimento dell' equilibrio generale; 2) correzione funzionale, vale a dire ripristinare l'equilibrio funzionale delle arcate dentarie; trattamento delle lesioni paradentali; prescrizioni di rigorose regole igieniche. La complessità di tali cure richiede una vasta esperienza pratica in tutti i rami della adontoiatria poichè vi intervengono sia la protesi e l'ortodontia come l'operativa dentaria e la chirurgia orale. Infatti l'A. passa in rassegna la immobilizzazione dei denti mercè legature, ponti e ferule, il raddrizzamento ortodontico per evitare i carichi eccessivi sulle corone, l'ablazione dei calcoli, il curettamento e l'asportazione del cul di sacco gengivale, la cauterizzazione chimica e col termocauterio, la gengivectomia semplice o profonda, l'operazione radicale, vale a dire il raschiamento generoso degli alveoli osteoporotici, le resezioni radicolari, la vaccinoterapia, la desolfazione, le iniezioni di calcio, il massaggio, i raggi ultravioletti, le correnti di alta frequenza, l'organoterapia, l'igiene boccale, la profilassi, la riattivazione generale dell'organismo, le cure generali.

È un libro del più alto interesse, che onora l'A. e la scuola di Ginevra ove Egli insegna. L'esposizione è chiara, sobria, facile ad essere compresa. Tutte le vedute, talora in così stridente contrasto fra di loro, sono passate al filtro d'una critica rigorosa. Chi legge e studia l'opera può realmente dichiararsi lieto di averlo fatto poichè l'A. non si perde mai nelle nebulosità degli argomenti, ma si attiene alla scienza ed alla pratica fondate e sicure. Le numerose illustrazioni, belle ed efficaci, rendono l'opera ancora più accessibile, dilettevole e benefica.

DE VECCHIS.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

Ernährungslehre. Grundlagen und Anwendung. Edito sotto la direzione di W. STEPP. Un vol. in-8° di 622 pagg. con 34 figg., rilegato. J. Springer, Berlin, 1939. Prezzo RM. 36.

La dottrina della nutrizione è, oggi, ben lontana dalle troppo semplicistiche idee di poco tempo fa, quando sembrava prevalere un concetto quasi meccanico, per cui gli alimenti si paragonavano press'a poco al combustibile che rifornisce una macchina. È stato merito specialmente di Mac Collum di avere dato un nuovo impulso a questi studi, che si vanno sempre più ampliando, mostrandoci la grande complessità del problema. La nutrizione ci appare oggi sotto una luce completamente nuova. Vediamo in essa una grande quantità di sostanze che debbono essere introdotte dall'esterno, per la sostruzione dell'organismo e per la sostituzione delle inevitabili perdite connesse con la vita. Esse, però, non hanno il semplice compito di apportatrici di energia, ma comprendono anche tutte quelle combinazioni che l'organismo non è capace di produrre da sè, fra cui hanno notevole importanza i minerali e le vitamine.

Intesa in tal senso, la dottrina della nutrizione viene assumendo un particolare significato non soltanto per mantenere l'uomo in stato di salute, ma anche come possibile causa di malattie. Ed il suo campo si fa più vasto quando si considerino le scienze ad essa connesse e specialmente la chimica organica, che porta in molti processi biologici un elemento chiarificatore. Negli ultimi tempi, poi, la scienza della nutrizione trascende la considerazione del singolo individuo per rivolgersi alle masse, con la « politica dell'alimentazione », suscitando problemi spesso angosciosi d'importanza vitale per gli individui e per le nazioni.

Il medico, il chimico, il biologo ed il sociologo sono quindi interessati allo studio di tali questioni.

Con le accennate direttive è stato concepito questo libro dovuto alla collaborazione di numerosi specialisti delle singole questioni. Esso è diviso in quattro parti: 1) *La fisiologia della N.* Il fabbisogno di alimenti (E. Lehnartz). Significato e destino delle singole sostanze alimentari (id.). Le vitamine: chimica (H. Rudy) e fisiologia (H. Schroeder). Gli alimenti e la loro produzione (B. Bleyer). La preparazione dei cibi (W. Diemair); 2) *Patologia e terapia delle malattie da nutrizione.* Iper- ed ipo-nutrizione (A. Schittenhelm). Ipo- ed A-vitaminosi (A. Pillat, W. Schüffner, W. Stepp, J. Kühnau, W. Mollow, H. Schönfeld, P. Vogt-Möller, H. Wendt). Dietetica generale (H. Glatzel). La dieta ospedaliera (id.); 3) La nutrizione come problema di politica sanitaria (O. Flössner); 4): Il governo sanitario della alimentazione (G. M. Wirz), nel senso che lo Stato possa intervenire con direttive igienico-economiche per modificare in un dato senso le abitudini alimentari dei cittadini.

Come esempio dell'utilità di tali direttive centrali, sia pure in un solo gruppo di popolazione (quello militare) l'A. cita gli eccellenti risultati ottenuti dall'Italia nella guerra abissina in cui, grazie appunto ad una nutrizione razionale, si ebbe uno scarsissimo numero di malattie e qualche centinaio di casi di dissenteria con un solo morto.

Le due prime parti di questo volume hanno notevole interesse scientifico e pratico, mentre le ultime due hanno una grande portata sociale ed aprono nuovi orizzonti alla politica sanitaria. *fil.*

P. CIGNOLINI. *Acque radio-attive.* Ed. M. Bozzi, Genova, 1939.

La monografia che il prof. Cignolini ci presenta può considerarsi veramente completa seria e obbiettiva da tutti i punti di vista. Nella giusta ascesa che in questi ultimi anni ha subito l'idrologia quale branca della clinica applicata, opere del genere costituiscono vere pietre miliari soprattutto nei riguardi della necessità di sfrondare una disciplina di grande interesse anche pratico dalle molte facilonerie, dalle troppe esaltazioni non documentate, in una parola come dice giustamente l'autore nella sua premessa « dalle contaminazioni ».

Il Cignolini pur mettendo in primo piano tutte le ricerche sul notevole valore biologico dell'emanazione di radio venute alla nostra conoscenza dopo la scoperta di questo importante campo della fisica, ha saputo cioè evitare l'esagerazione di attribuire ogni azione idrologica non altrimenti spiegabile alla radio-attività, ha saputo cioè evitare l'errore in cui sono caduti molti autori specialmente stranieri.

Completo ho detto può dirsi il libro in quanto non solo espone nei primi capitoli tutte le nozioni di fisica riguardanti la radioattività, i sistemi atomici, le energie radianti, le radiazioni, ma, entrando in un argomento più specificatamente termale, prende in esame tutte le più importanti sorgenti radioattive conosciute e dopo aver trattato della tecnica di applicazione delle acque radioattive e della loro funzione biologica generale, svolge con notevole competenza la trattazione clinica delle principali indicazioni e controindicazioni delle dette acque.

Il libro pertanto è certamente utile non solo allo specialista ma anche a qualsiasi medico pratico e dobbiamo certamente compiacerci che un tal libro sia comparso in Italia ove primeggiano, per intensità di emanazione di radio e per attività terapeutica, le sorgenti di acque radioattive. C. FRUGONI.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Nefrosi-nefrite.

Lo studio delle sostanze proteiche del sangue, *in toto* e nelle loro varie frazioni, ha notevole importanza per la più esatta conoscenza delle malattie renali. Un caso di nefrosi e di consecutiva nefrite nello stesso paziente ha dato occasione a F. Wuhrmann (*Klin. Wochenschr.*, n. 15, 1939) di fare interessanti osservazioni al riguardo. Il paziente era stato ricoverato per una nefrosi, verosimilmente di data antica ma passata inosservata, che si era resa manifesta dopo fattori perfrigeranti provocando notevoli edemi. In tale periodo le sostanze proteiche del siero erano fortemente diminuite (4,9 %) nonostante l'ispessimento del sangue in cui gli eritrociti erano 6,4 milioni e la emoglobina 132 %. La diminuzione delle proteine era data soprattutto dalla frazione dell'albumina, mentre la quantità delle globuline era quasi normale. Pressione del sangue normale. Attribuita la nefrosi alla presenza di tre grossi granulomi dentari si procedette alla estrazione dei denti. Subito dopo la prima estrazione il paziente presentò febbre, tonsillite e glomerulonefrite emorragica. Pressione del sangue 170/120. Le proteine del siero aumentarono allora a 6,2 % nonostante una diluizione del sangue (eritrociti discesi a 4,3 milioni, emoglobina a 94 %). Questo aumento delle proteine era dato esclusivamente dalla frazione a dispersione grossolana (« frazione del fibrinogeno ») cioè da proteidi a grande molecola, prodotti dal processo infiammatorio. La glomerulonefrite acuta portò a morte il paziente in pochi giorni provocando oliguria sempre più spiccata ed uremia. Questo quadro tumultuoso ricorda le reazioni tra antigeni e anticorpi e dovrebbe avere la stessa etiologia. Nella cura di infezioni focali in ammalati di nefrosi si impone quindi una grande cautela: è necessario tener conto della reattività dell'organismo e cercare di modificarla onde evitare gravi incidenti quali il descritto. P.

Fasi precoci dell'iperplasia prostatica.

C. L. Duming e C. Neumann (*Surg. Gyn.. and Obst..*, febbr. 1939), sulla base di ricerche istologiche, credono di poter affermare che l'alterazione primaria della ipertrofia prostatica benigna è una moltiplicazione degli elementi fibromuscolari. La lesione ricorda nei primi stadi il fibromioma uterino, che è derivato dalle cellule muscolari dell'utero.

Dato che l'uretra posteriore e lo sfintere vescicale interno contengono fibre muscolari che hanno la stessa origine embriologica dell'utero, è logico ammettere che i due tumori hanno la stessa origine. La porzione ghiandolare del tumore avrebbe origine nei dotti adiacenti ai noduli fibromiomatosi. La ghiandola suburetrale di Albarran non è interessata nelle fasi precoci. È probabile che i noduli solidi determinino un'azione stimolante e proliferante sull'epitelio della parete dei dotti, che sarebbe spinto a penetrare e a formare ghiandole all'interno dei noduli stessi.

In seguito i noduli fibromiomatosi sarebbero sopraffatti da questa invasione d'origine epiteliale, cosicchè in definitiva negli stadi tardivi si avrebbe l'aspetto di un tumore ghiandolare. Il tumore prostatico benigno non è un'ipertrofia ma un'iperplasia derivata dal muscolo, dal tessuto fibroso, dai dotti.

P. STEFANINI.

Sulla cura ormonica della ipertrofia prostatica

In 18 pazienti affetti da ipertrofia prostatica (G. Cristea e J. Petrescu (Bucarest) (*Rass. Urol.*, fasc. 1°, 1938) hanno praticato, per 5-8 settimane, 1-2 iniezioni al giorno di estratto mammario e contemporaneamente somministrato 3-6 compresse dello stesso preparato.

Nella maggior parte degli ammalati sarebbe stato bene evidente un miglioramento della sintomatologia. In 6 casi essi hanno notato anche una diminuzione del volume della prostata. L'effetto benefico si verificherebbe per una azione sulla parte femminile degli elementi che originano dal condotto di Müller.

Contemporaneamente verrebbe aumentato il tono della musculatura vescicale.

G. MONTANARI.

Resezione di prova endovescicale della prostata.

La resezione di prova sulla prostata dà in generale risultati utili, dice W. Staehler (*Mediz. Welt*, 15 luglio 1939); questo metodo costituisce indubbiamente un progresso diagnostico. Esso però non permette di riconoscere in tutti i casi un carcinoma incipiente della prostata. Per la diagnosi di carcinoma è decisivo solo un risultato positivo dell'esame istologico.

P.

La simpatectomia per la cura dello spasmo e del dolore vescicale conseguente a infezioni vescicali incurabili.

Nesbit-Mc. Kellan (*Surgery Gynecology a. Obstetrics*, n. 2, 1939) sostengono che la simpatectomia riesce a curare il dolore vescicale, non interrompendo le vie essenziali afferenti ma bensì diminuendo lo spasmo dello sfintere interno e forse anche di altre parti della muscolatura vescicale. Lo spasmo intollerabile che tanto affligge questi pazienti e la difficoltà della urinazione scompaiono, a quanto

riferiscono gli AA. colla simpatectomia. Tali interessanti osservazioni contrastano nettamente con quelle di Douglas e colle varie teorie riferite da altri autori. Sezionando i soli nervi ipogastrici, senza ricorrere alla ben più estesa ed azzardata sezione dei nervi sacrali simpatici laterali è possibile ottenere un sufficiente rilassamento dello sfintere capace di curare lo spasmo vescicale. Gli AA. concludono ripetendo che le vie sacrali parasimpatiche conducono gli stimoli afferenti (essenziali) della vescica; che le vie simpatiche (presacrali o nervi ipogastrici) possono, ma non sempre, condurre gli stimoli dolorifici afferenti della vescica; che la sezione dei nervi presacrali guarisce lo spasmo ed il dolore vescicale che seguono talora ad infezioni vescicali intrattabili; che la sezione dei nervi laterali sacrali simpatici oltre alla sezione dei nervi presacrali raggiunge lo stesso scopo ma non deve essere ritenuta opportuna; che la simpatectomia migliora il dolore spasmodico per mezzo del rilassamento dello sfintere vescicale non rendendo la vescica insensibile a dolori di altra origine; che la simpatectomia per la cura del dolore vescicale deve essere eseguita solo in quei pazienti nei quali il dolore è chiaramente dimostrato risultare da uno spasmo dello sfintere vescicale. La simpatectomia non ha guarito le lesioni vescicali dovute all'ulcera di Hunner. TOSATTI.

MEDICINA PREVENTIVA

La vaccinazione contro il tifo esantematico. Nuova tecnica di preparazione del vaccino: impiego di cervelli di topo.

Da circa quattro anni si usa in Tunisia contro il tifo esantematico un vaccino disseccato contenente il virus vivente d'un tifo benigno per l'uomo, il tifo murino e nella preparazione di questo vaccino si adoperano i cervelli di cavie e di ratti.

J. Laigolt e R. Durand (*Bull. de l'Acad. de Médec.*, 11 luglio 1939) hanno invece adoperato cervelli di topo nella preparazione del vaccino. Col vecchio vaccino furono vaccinate più di 100.000 persone con risultati ottimi nel senso che in periodi di epidemia questa si arrestò in 15 giorni.

Il nuovo vaccino si presta ad una titolazione precisa come per il vaccino contro la febbre gialla, perchè come questo, esso può essere dosato, colla comparsa di fenomeni paralitici, in unità-topo.

I cervelli di topi tifosi paralizzati conservano la loro attività per almeno 95 giorni in frigorifero e almeno sette giorni a temperatura ordinaria. La loro virulenza non è alterata dal disseccamento in presenza di fosfato di sodio anidro. Resiste per 3 giorni all'azione della glicerina a temperatura ordinaria e si conserva in ghiacciaia per 15 giorni in sospensione in soluzione fisiologica. Tutti questi dati assicurano la conservazione del vaccino vivente per i trasporti a distanza dal luogo di produzione.

Con questo nuovo vaccino furono fatte 1400 vaccinazioni con 1 unità, 2191 vaccinazioni con 10 unità, 3476 con 100 unità.

La vaccinazione in più tempi ha notevoli difficoltà pratiche per cui è necessario farla in un tempo solo. Per ora la dose unica usata è di 10 unità ma non è escluso che in avvenire si debba usare una dose superiore. Solo gli arabi urbanizzati e gli europei possono essere sottoposti a vaccinazione in più tempi. Nel primo tempo si inocula il vaccino morto e nei due tempi successivi quello vivo con intervalli che permettono di completare la vaccinazione in un mese. L.

Ricerche sulla preparazione e sulle proprietà immunizzanti di nuovo tipo di vaccino: il vaccino antitifico catatinizzato.

G. Labranca (*Annali d'Igiene*, n. 6, 1939) dopo aver in succinto esaminato tutti i mezzi più idonei fin qui in uso per uccidere i germi denaturando nel minor grado possibile quei componenti batterici che hanno importanza per l'instaurarsi dell'immunità antitifica, conclude che il mezzo che meglio sembrava fin qui rispondere allo scopo era il formolo.

Nel 1937 il Rainsford tentò una nuova strada, adoperando per l'uccisione delle sospensioni di b. tifico il catadin e l'elettrocatadin. È possibile infatti uccidere emulsioni batteriche di bb. tifici contenenti 8 miliardi di germi per cc. mettendole a contatto, in parti uguali, con soluzione salina attivata opportunamente mediante l'Elettrocatadin.

L'A. riporta il risultato dei suoi studi sul potere immunizzante di questo nuovo tipo di vaccino antitifico catatinizzato, e concludendo afferma che tale vaccino è meglio tollerato dai conigli dei vaccini formolati o di quelli costituiti da germi vivi, e che il vaccino catatinizzato dà luogo a formazione di agglutinine O_1H e Vi in proporzioni superiori a quelle determinate dagli altri due vaccini. Nel vaccino catatinizzato permangono integri i costituenti antigeni del B. typhi e dopo qualche tempo dalla sua preparazione l'agglutinabilità Vi è pressochè inalterata; i sieri dei conigli immunizzati con questo nuovo tipo di vaccino proteggono il topolino dall'infezione sperimentale con stipiti contenenti l'antigene Vi.

L'A. osserva che qualora si riuscisse, mediante ulteriori ricerche, a determinare il tempo di conservazione dell'antigene dimostrando che esso si conserva bene per parecchi mesi anche a temperature elevate, il nuovo tipo di vaccino meriterebbe di esser provato nell'uomo. S. F.

MEDICINA SCIENTIFICA

Il quadro fisiopatologico dello shock ipoglicemico (negli schizofrenici).

Premessi alcuni concetti generici sull'interessamento dell'apparato cardio-vascolare nel quadro dello shock insulinico, G. Patrassi, E. Slavic e M. Crepet (*Sperimentale*, 1939) riferiscono su alcuni controlli da loro eseguiti sul comportamento quantitativo della massa di sangue circolante, sia nel suo componente plasmatico sia in quello globulare, negli schizofrenici insulinizzati.

La determinazione della massa sanguigna circolante, eseguita col classico metodo del rosso congo, ha accertato una netta diminuzione della massa stessa, dovuta in parte maggiore a riduzione della parte plasmatica ed in grado minore — ma accertato — a riduzione della frazione globulare.

La determinazione comparativa del rapporto plasma-globuli nel sangue periferico e nel sangue sternale (come più direttamente isolabile ed accessibile all'indagine) ha dimostrato che la proporzione di plasma era più spesso in proporzione maggiore in schizofrenici in stato di shock che in individui normali.

Cercando di provocare l'immissione in circolo delle riserve ematiche mediante il Veritol, gli AA. hanno potuto constatare che sotto l'azione del Veritol, in rapporto ad un evidente innalzamento del regime pressorio, può aversi un comportamento variabile della massa circolante totale, con tendenza all'aumento relativo alla quota plasmatica.

Per appurare la possibilità o meno di una più intensa imbibizione idrica dei tegumenti, quale fattore efficiente della diminuzione della massa di plasma circolante, gli AA. hanno fatto ricorso al metodo del ponfo da istamina il quale non ha messo in evidenza nel corso degli shock una permeabilità capillare o un'idratazione tissulare accentuate.

Sulla scorta dei reperti raccolti da tali serie di ricerche, gli AA. concludono ammettendo che nel corso dello shock, accanto ad una eliminazione idrica, esista una tendenza ad accantonare quantità notevoli di sangue in toto nelle riserve vascolari dell'organismo. A compensare la duplice perdita a carico della massa sanguigna si verificherebbe un afflusso idrico dai tessuti verso la corrente sanguigna.

Questo meccanismo di compensazione raggiungendo solo in parte lo scopo, si avrebbe in definitiva la dimostrata riduzione della massa plasmatica circolante. S. F.

POSTA DEGLI ABBONATI

Cura della incompleta discesa del testicolo, con segni di distrofia adiposo-genitale. Al dott. U. F. da V.:

È indicata, in linea generale, la cura ormonica, previo accertamento che l'incompleta discesa del testicolo non sia dovuta ad arresto meccanico (più probabile quando il criptorchitismo è unilaterale), chè in tal caso la cura ormonica potrebbe essere dannosa.

Si usano: 1) Il Prolan (ormone follicolare gonadotropico estratto dall'urina di donna gravida): 500 unità-ratto 2 volte la settimana, per iniezioni endomuscolari. È consigliabile incominciare con 100 unità, aumentando fino a 700 settimanali. Si continua fino che se ne vedono gli effetti, che talvolta si manifestano dopo 6-7000 unità. In generale, se dopo 6 mesi non si ha il risultato desiderato, è inutile continuare.

2) Il propionato di testosterone, di cui si iniettano 5-10 mg., 3-5 volte la settimana. Secondo alcuni, esso da solo favorisce bensì la discesa dei testicoli, ma non sarebbe sufficiente per determinarla completamente. Sarebbe quindi, conveniente aggiungervi l'ormone gonadotropico, ma non in forma di prolan, bensì come estratto di lobo anteriore ipofisario.

Negli ipoevolutismi genitali dei giovanetti, tali sostanze determinano aumento di volume del pene e dei testicoli ed agiscono anche favorevolmente sulle manifestazioni secondarie.

Comunque, la cura va fatta prima che si manifesti la pubertà, ma non prima dei 10-13 anni, per la possibilità di sviluppo di una pubertà precoce.

Lereboullet ha consigliato un altro tipo di cura dell'ectopia testicolare associata ad obesità relativa o ad un stato di apatia fisica ed intellettuale. Egli utilizza il timo di vitello, crudo, che taglia in piccoli cubi e somministra con la gelatina di lamponi alla dose di 25 grammi al giorno, a giorni alterni, oppure la polvere di timo (dosi da cg. 50, 2 volte al giorno); oppure anche l'estratto inietabile (2 cmc. corrispondono a 1 grammo di organo fresco): iniezione sottocutanea od endomuscolare, ogni 2 giorni; 3 settimane al mese ed a mesi alterni. A. FILIPPINI.

MARGINALIA

Questioni di ricettazione.

L'uso delle specialità rende sempre più difficile l'applicazione individuale dei medicamenti. La maggior parte dei medici curerà secondo schemi, ma questo non darebbe poi risultati cattivi secondo W. Heubner (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 21 luglio 1939). Naturalmente i medici migliori individualizzeranno, questo è possibile anche con i preparati dosati a unità immunizzanti o internazionali e con quelli in forma di tavolette. Heubner vorrebbe poi abolita la ricettatura in lingua latina. P.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

B. SCHIASSI. *Una voce « Contro-corrente » sulla genesi e sulla cura della gastro-ulcera.* Società Tipogr. Mareggiani, pag. 45, Bologna, 1939-XVII.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un'ingiusta dimenticanza.

Per celebrare la conquista dell'Impero verrà eretto ad Addis Abeba un grandioso monumento. I giornali, che ne hanno dato l'annunzio, descrivono anche le caratteristiche dell'opera d'arte così come è ora progettata dall'Accademico d'Italia Romano Romanelli.

Il monumento consta di un imponente massiccio rettangolare circondato dalle sculture simboliche dei soldati conquistatori e cioè: fante, camicia nera, aviatore, conducente, ascaro.

Da uno dei lati, sorge la prora d'una nave da guerra e, sotto di essa, campeggia la statua del marinaio.

Sulla parte superiore del massiccio corre un fregio rappresentante i vari tipi di truppe nel loro particolare impiego guerresco: salmerie, artiglieria da campagna, camicie nere, mitraglieri, cavalleria libica, ecc.

Il massiccio è sormontato da un aviatore scolpito in pietra. In basso, c'è un fregio di carro armato e, dal lato opposto, un cannone su affusto. Ai lati dell'ingresso del sacrario due fasci littori. Sul coronamento, a carattere lapidario, sono scolpiti i nomi delle battaglie e dei fatti militari principali che caratterizzarono la campagna.

Verranno così ricordati tutti i corpi, servizi e reparti che concorsero alla magnifica impresa: tutti... meno uno, il servizio sanitario.

Si tratta evidentemente di una dimenticanza; ma di una dimenticanza che va rilevata e riparata. E perchè nel Monumento sia adeguatamente eternato il concorso dato dai sanitari bisogna ora ricordare qualche cosa. Bisogna ricordare quel che fu a suo tempo riconosciuto dalle supreme gerarchie, e che cioè l'impresa etiopica potette compiersi così brillantemente, quantunque si svolgesse in località molto insalubri, grazie agli apprestamenti dei servizi sanitari. Non bisogna dimenticare che gli appartenenti a questi servizi si prodigarono in atti di valore debitamente riconosciuti; ricordiamo qualche medaglia d'oro. E infine conviene tener presente che i servizi sanitari militari dettero proporzionalmente il maggior contributo di vite, vantando così il primato assoluto in confronto delle perdite percentuali di tutte le Armi e Corpi messi insieme.

È giusto che questo valore e questo sacrificio non siano dimenticati, come ha fatto opportunamente rilevare il prof. Diego D'Amico sul « Tevere ».

(Il sottosegretario alla Guerra gen. Pariani ha comunicato al prof. D'Amico che, avendo letto quanto questi ha scritto e trovandolo giusto, s'interesserà della questione).

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Organizzazione dei servizi della trasfusione, del prelevamento ed utilizzazione di sangue umano.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. della Sanità Pubblica, Div. VI-C, Sez. III) ha diramato ai sigg. Prefetti e altre Autorità la seguente circolare n. 124 in data 22 agosto 1939-XVII:

Con riferimento alla circolare n. 12 del 20 gennaio 1938 per la integrale applicazione del decreto ministeriale 13 dicembre 1937, riguardante l'organizzazione dei servizi della trasfusione, del prelevamento e della utilizzazione di sangue umano questo Ministero rappresenta quanto in appresso:

I Comitati provinciali dei datori di sangue sono stati ormai istituiti, tranne rare eccezioni, in tutte le Provincie del Regno, e mentre, quindi, si raccomanda di completarli, dove tuttora essi mancano, si insiste perchè l'attività degli stessi Comitati sia resa aderente a tutte le attribuzioni loro demandate dall'art. 7 del citato decreto.

Alle riunioni del Comitato debbono normalmente presenziare i membri titolari, come pure è opportuno vi intervenga il medico provinciale, non foss'altro per mantenere i necessari rapporti di reciproca collaborazione tra le Prefetture ed i Comitati, ai fini di una migliore applicazione delle norme relative.

Per quanto concerne le tariffe per le prestazioni di sangue in Ospedali pubblici, case di cura private e case di abitazioni private, si ricorda che esse debbono essere fissate con la procedura, di cui all'ultimo comma dell'art. 7 del decreto succitato, avvertendo che si dovranno distinguere i contributi a favore dei Comitati in seguito a donazione di sangue per opera di donatori volontari, dalle vere e proprie tariffe per i donatori professionali, sulle quali una percentuale dovrà andare a beneficio del Comitato.

Copie di tali tariffe dovranno riportare il preventivo benestare del Ministero.

Occorrerà, altresì, stabilire che le quote fisse dovute per i datori volontari e le percentuali per i datori professionali, siano da parte degli Ospedali versate direttamente ai Comitati, salvo rivalsa o dal degente se abbiente o dall'ente a carico del quale è il ricovero. Il ricavo di tali tariffe costituisce uno dei cespiti più importanti per far fronte alle spese inerenti al funzionamento dei Comitati: ma occorre che vengano promosse delle sottoscrizioni volontarie e a tale fine Vi prego di esaminare la opportunità di riunire i rappresentanti dei maggiori Enti locali, nonchè di Istituti di credito.

Questo Ministero non sarebbe, poi, alieno dal

prendere in considerazione proposte motivate dalle EE. VV. circa la concessione di un modesto contributo integrativo.

Le Associazioni volontarie dei datori di sangue sono state anche istituite in quasi tutte le Provincie, ma è bene che se ne completi la costituzione per l'utile apporto che esse possono recare all'incremento dei Comitati, specie per quanto concerne la propaganda fra le masse, quale attribuzione specifica delle stesse associazioni, ai sensi dell'art. 12 del D. M. del 13 dicembre 1937.

Quanto alla tessera per i datori di sangue, ai sensi dell'art. 9 del D. M. 13 dicembre 1939, con Decreto ministeriale del 31 maggio, ora in corso di pubblicazione nella « Gazzetta Ufficiale », questo Ministero ha provveduto a stabilire il modello relativo. (*Omissis;* il modello è allegato).

Per i datori di sangue per esigenze di guerra, è opportuno tenere un registro a parte, con le annotazioni necessarie anche nei riguardi degli esami di idoneità, per il facile precetto in caso di bisogno, esentando tale categoria dall'obbligo del possesso della tessera, di cui sopra.

Si ravvisa, inoltre, l'opportunità che ogni Comitato abbia a disposizione presso il Laboratorio di igiene e di profilassi una emoteca, costituita di apposito armadio, giusta un modello che si fa riserva di rendere noto e alle cui spese di acquisto questo Ministero sarebbe disposto contribuire con adeguato sussidio. Si fa, altresì, presente che, contemporaneamente alla trasfusione diretta con sangue conservato, occorre sia dato impulso ai servizi inerenti al prelevamento, alla conservazione ed all'uso del siero di sangue dei convalescenti di malattie infettive per la profilassi e la cura delle malattie stesse.

Particolare riguardo merita, poi, il servizio trasfusionale in caso di guerra. Nello intento, pertanto, di assicurare la efficienza di tale importante servizio, questo Ministero, di intesa con quello della Guerra, è venuto nella determinazione di creare dei centri di raccolta e conservazione di sangue fra la popolazione civile, per le eventuali esigenze delle truppe combattenti, e che possano coadiuvare il servizio trasfusionale di guerra, che, peraltro, nel nostro Esercito è già organizzato in tutti i suoi particolari di impiego. Tali centri, che dovrebbero funzionare come appendici dei C.P.D.S., dovrebbero reclutare datori non soggetti ad obblighi di leva, i quali dovrebbero essere maggiormente numerosi nelle località prossimiori alle zone di operazioni che, sia pure in linea di larga previsione, potrebbero ritenersi le seguenti:

Imperia, Savona, Genova, Spezia, Apuania, Lucca, Modena, Bologna, Ravenna, Reggio Emilia, Parma, Piacenza, Alessandria, Asti, Cuneo, Torino, Pavia, Cremona, Mantova, Rovigo, Padova, Verona, Brescia, Milano, Vercelli, Aosta, Novara, Varese, Como, Sondrio, Bergamo, Trento, Vicenza, Bolzano, Belluno, Treviso, Venezia, Udine, Gorizia, Trieste, Fiume, Pola, Sassari, Nuoro, Cagliari, Roma, Benevento, Napoli, Avellino, Salerno, Bari, Brindisi, Messina, Catania, Siracusa, Agrigento, Ferrara, Trapani, Caltanissetta, Palermo, Enna.

In dette zone occorre che siano intensificati tutti i servizi inerenti alla trasfusione per poter raccogliere elementi utili fra la popolazione civile, predisponendo all'uopo, a mezzo delle Associazioni provinciali dei datori di sangue, ove esistano, una efficace propaganda a mezzo della stampa periodica, della radio, di riunioni delle associazioni patriottiche, sindacali e assistenziali, allo scopo di illustrare il nobile intento di salvare la vita dei combattenti feriti.

Intanto, con provvedimento in corso di pubblicazione, è stato, pure, stabilito che tra i membri di diritto del Comitato provinciale per i datori di sangue sia compreso un rappresentante del Ministero della Guerra.

Questo Ministero, pur rendendosi conto delle difficoltà di carattere economico e sociale inerenti alla perfetta organizzazione dei servizi suddetti, confida nel particolare interessamento dell'EE. VV., affinchè nel più breve tempo possibile i citati servizi possano raggiungere la fase di completo sviluppo, sia per il tempo di pace, sia per assicurare, in caso di guerra, la più valida ed efficiente collaborazione al nostro glorioso Esercito.

Si gradirà ecc.

Pel Ministro: Buffarini.

MEDICINA SOCIALE

La tessera sanitaria per le persone addette ai lavori domestici.

È stata approvata la legge con la quale è istituita una tessera sanitaria per i domestici. La legge dispone:

È vietato assumere o trattenere in servizio per prestazioni di opere inerenti al funzionamento della vita familiare, persone affette da malattia infettiva o da postumi di essa, che le mettano in condizioni di contagiare altri.

A tal fine tutte le persone assunte in servizio debbono essere munite di una tessera sanitaria conforme al modello che sarà stabilito dal Ministero dell'interno, nella quale debbono essere trascritti i risultati della visita di accertamento e dei controlli medici periodici, di cui al successivo art. 2.

Le tessere saranno fornite dal Ministero dell'interno ai podestà, che le rilasceranno gratuitamente ai lavoratori dimoranti nel Comune. I duplicati saranno rilasciati dietro pagamento, da parte del lavoratore, di una lira.

La visita medica di accertamento è eseguita gratuitamente dagli ufficiali sanitari o da chi per essi, i quali potranno valersi, per gli accertamenti, dei servizi tecnici esistenti.

I successivi controlli medici sono eseguiti, sempre gratuitamente, dai sanitari di cui al precedente comma, nel primo trimestre di ogni anno ed ogni volta che il lavoratore intenda riprendere il mestiere di domestico, quando sia trascorso più di un anno dalla precedente visita.

È punito con l'ammenda fino a cinquecento lire il datore di lavoro che assume o trattiene in servizio persona sprovvista della tessera sanitaria o che dai referti annotati sulla tessera stessa risulti affetta da malattia infettiva diffusiva o postumi di essa, che la mettano in condizione di contagiare altri.

Alla stessa pena soggiace il lavoratore.

Il ritardo o la inadempienza da parte di quest'ultimo all'obbligo del controllo sanitario periodico previsto dal precedente articolo è equiparato, agli effetti della sanzione, alla mancanza della tessera sanitaria.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Sono prorogati al 30 settembre i concorsi per le condotte mediche nelle province di: Bologna, Carnaro, Catanzaro, Imperia, Istria, Mantova, Modena, Napoli, Perugia, Rovigo, Savona, Siena, Taranto, Teramo, Torino, Udine, Vicenza.

Como. — *Consorzio prov. antituberc.* — Medico dirigente di dispensario; titoli ed esami; L. 13.500 e 6 trienni dec.; indenn. trasferte (per il 1939 L. 500 mensili); nomina e conferma quinquennali. Età limite 40 a. al 25 aprile. Rivolgersi alla Segreteria. Chiedere copia del bando.

Napoli. — Medico Ostetrico del Comune. Stip. annuo iniziale 14.000, s. a. 2500, 4 quadrienni di 500. Esame: prova pratica su caso clinico di ostetricia. Età massima 35, con eccezioni consuete. Scad. ore 17 del 6 nov. Nomina per un biennio, dopo il quale si ha la stabilità su deliberazione del Podestà.

Reggio Em. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico assistente del Dispensario prov.; titoli ed esami; stip. annuo L. 6750 e 4 quadrienni dec. È consentito il libero eserc. della professione. Età limite 40 a. al 23 agosto. Scad. 31 ottobre. Rivolgersi alla Segreteria.

Roma. *Ministero della Marina.* — È stata pubblicata la notificazione di concorso per la nomina di 50 ufficiali inferiori medici di complemento nel Corpo Sanitario Militare Marittimo, così ripartiti: capitani 15; tenenti 15; sottotenenti 20.

Possono partecipare al concorso i cittadini laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale e posseggano i requisiti prescritti dalle vigenti norme legislative per la nomina ad ufficiale medico di complemento, siano di razza non ebraica e non abbiano superato, per il grado di capitano, l'età di anni 45; per i gradi di tenente e sottotenente, l'età di anni 38.

Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da lire sei, con l'indicazione esatta del domicilio dei concorrenti, dovranno pervenire al Ministero — Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico — entro il 3 novembre 1939-XVIII, corredate dei documenti prescritto dalla notificazione stessa.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. prof. Alberto Rostano, già direttore dell'Ospedale psichiatrico di Sondrio, è nominato direttore dell'Ospedale psichiatrico di Bergamo.

Ricompense al valor militare.

Al capomanipolo medico del 2° Gruppo « Banderas », Bertini Mario, caduto eroicamente nella guerra di Spagna, è stata conferita la medaglia d'argento al valor militare, con la seguente motivazione:

« Ufficiale medico di battaglione, essendo già tutti impegnati i portaferiti, dopo avere esclamato: "Laggiù c'è un altro ferito, ed io cosa sto a fare qui?" volle portarsi personalmente in suo soccorso pur dovendo attraversare una zona violentemente battuta da mitragliatrici e da cannoni di carri armati. Mentre stava per raggiungere il suo intento cadeva colpito a morte da una raffica di mitragliatrice. Magnifico esempio di altissimo senso del dovere militare e professionale ». — Bosco di Brihuega, 14 marzo 1937-XV.

Tra i senatori di recente nomina è l'industriale Gerolamo Gaslini di Genova, che ha donato a questa città il grandioso Istituto « Giannina Gaslini » per la cura, l'assistenza e la difesa dell'infanzia, costato più di 50 milioni di lire.

NOTIZIE DIVERSE

10° Congresso internazionale di dermatologia e sifilografia.

Avrà luogo nel settembre del 1940 a New York. Saranno temi di relazione: 1) Manifestazioni cutanee delle avitaminosi; 2) Allergia batterica; 3) Fotosensibilizzazione; 4) Disturbi del metabolismo riconoscibili nella pelle; 5) Influenze psichiche nell'eziologia delle malattie cutanee; 6) Affezioni cutanee professionali, 7) Affezioni cutanee emorragiche; 8) Il gruppo delle sclerodermie; 9) Istiopatologia dell'apparato reticolo-endoteliale; 10) Sifilide: idee nuove e metodi di trattamento.

Per informazioni: segretario generale, Dr. Paul O'Leary, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, S. U. d'A.

2° Congresso internazionale di cosmobiologia.

L'Associazione internazionale di cosmobiologia ha deciso di convocare il suo 2° congresso a Roma nel 1940, sotto la presidenza del prof. G. Sabatini, direttore della Clinica Medica della R. Università di Genova. Temi: 1) Le radioazioni dello spettro solare e i loro effetti fisiologici e patologici; 2) Le radiazioni solari al di fuori dello spettro e le radiazioni cosmiche; loro effetti fisiologici e patologici; 3) Le modificazioni dell'atmosfera terrestre e i loro effetti fisiologici e patologici; 4) La radiazione del suolo e delle acque e i loro effetti fisiologici e patologici. Le richieste d'informazioni e di adesione sono da indirizzare al segretario generale del congresso, M. Faure, rue Verdi 24, Nizza

Raduno di medici dell'Emilia, Romagna e Liguria.

Nel salone della sede comunale di Piacenza si è svolto il raduno dei medici dell'Emilia, della Liguria e della Romagna. Dodici provincie sono state rappresentate con i relativi Direttori sindacali e vi hanno partecipato oltre centocinquanta medici. Alla presidenza sono stati chiamati il sen. prof. Bastianelli e il prof. Federico Bocchetti.

La seduta è stata aperta col saluto al Duce e sono state quindi esposte importanti relazioni, specialmente sul problema dell'orientamento dell'assistenza mutualistica nel campo medico. Il sen. Bastianelli ha riassunto i vari punti trattati, esponendo chiaramente le direttive da seguire nel campo della mutua assistenziale e delineando anche, in efficace sintesi, la missione del medico in regime fascista. E' stata quindi scelta Carbonia quale sede del prossimo convegno.

Congressi e convegni vari.

Il 7° Congresso internazionale sulla lotta contro il reumatismo è indetto dall'11 al 10 giugno 1940 in New York, Filadelfia e Boston. Temi: Processi a focolaio; Alimentazione; Trattamento; temi liberi: Visita all'esposizione, ancora aperta. Una mostra sarà organizzata dall'Associazione Medica Americana. Rivolgersi all'Ufficio della Lega internazionale, Keizersgracht 489-491, Amsterdam, Olanda.

Il 4° Congresso internazionale degli esperti delle assicurazioni sociali è stato annunziato per la prima decade di ottobre, a Roma; l'organizzazione è affidata ad un Comitato, presieduto da S. E. Bruno Biagi, coadiuvato dal Segretario dott. Raffaele Memmo. Segreteria generale: via Minghetti 22, Roma.

Il 3° Congresso internazionale di gastro-enterologia è annunziato a Londra dal 15 al 18 luglio 1940, sotto gli auspici della Società internazionale di gastro-enterologia. Temi: Rapporti reciproci tra disturbi sanguigni e gastrici; l'ileite vaginale.

Il 16° Congresso internazionale di idrologia, climatologia e geologia medica è stato indetto a Strasburgo dall'8 al 13 ottobre. È annunziata una Esposizione annessa. Segretario generale: professor Vaucher, Institut d'Hydrologie thérapeutique et Climatologie, place de l'hôpital 1, Strasbourg, Francia.

A Zurigo si è svolta la 33ª Sessione della Federazione dentaria internazionale. All'inaugurazione, il 25 luglio, parlò per i colleghi italiani il segretario del Comitato nazionale comm. Amedeo Goia di Torino.

Il Comitato direttivo della Federazione internazionale per le piante medicinali ha tenuto una serie di sedute ad Amsterdam dal 26 al 28 luglio; delegato per l'Italia era il prof. Sabatini. Si è deliberato di tenere a Roma nel 1942 il 7° congresso della Federazione, sotto la presidenza del prof. Sabatini.

La Lega svizzera contro il cancro terrà la sua assemblea annuale a Coira (Grigioni) il 25 e il 26 novembre.

La Società tedesca di neurochirurgia ha indetto la sua prima riunione a Würzburg il 6 e il 7 ottobre. Temi: « Ferite cerebrali »; « Sintomi precoci dei tumori midollari ». Rivolgersi al Prof. Dott. W. Tönnis, Lessingstrasse 64, Berlin NW 87.

Dal 2 al 7 ottobre si terrà a Buenos Aires il 1° Congresso panamericano sulla casa popolare; sarà diviso in 10 sezioni. Presidente del comitato ordinativo: Dr. Juan F. Cafferata. Rivolgersi al Comitato, Ministerio de Relaciones Exteriores, Santa Fe 953, Buenos Aires, Argentina.

Il 10° Congresso della Federazione delle Società mediche dell'Africa del Nord francese avrà luogo dal 21 al 23 marzo 1940 a Rabat ed a Casablanca (Marocco). Tema: « Le malattie del sangue nell'Africa del Nord ». Segretario: Dr. Fournier, boulevard du 4e Zouaves, Casablanca, Marocco.

Il 3° Congresso brasiliano di oftalmologia si è svolto in Bello Horizonte, dal 6 al 12 luglio, sotto la presidenza effettiva del prof. Linnea Silva.

L'Associazione argentina di biotipologia, eugenica e medicina sociale terrà il 1° Congresso argentino di sociologia e medicina del lavoro in novembre; la Commissione organizzatrice è presieduta dal dott. Arturo S. Rossi; segretario generale: dott. Oscar Rodríguez Rey; sede: calle Ayecucho 1537, Buenos Aires.

Il 1° Congresso sud-americano di oto-rino-laringologia si terrà a Buenos Aires nell'aprile 1940. Il Comitato esecutivo è presieduto dal prof. Eliseo V. Segure; segretario generale è il dott. Eduardo Castarán; sede della segreteria: rue Montevideo 696, Buenos Aires.

In giugno si è tenuto a Pachuca, nel Messico, il primo congresso nazionale sulla silicosi. Hanno preso parte numerosi medici dei sindacati industriali dei lavoratori minerari, dei metallurgici, ecc. Il problema è stato trattato da tutti i punti di vista.

L'8° Congresso panamericano del fanciullo si è tenuto dal 28 agosto al 4 settembre in San José de Costa Rica, con un vastissimo programma.

2° Viaggio nazionale medico alle Terme d'Italia.

Il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici, proseguendo nel suo programma di valorizzazione del patrimonio idrominerale nel piano autarchico della Nazione, sta organizzando il secondo viaggio nazionale medico alle Terme d'Italia.

Esso si svolgerà dall'8 al 12 ottobre p. v., con partenza da Milano per le stazioni termali di Acqui, Salice, Salsomaggiore, Sirmione, S. Pellegrino.

Possono partecipare al viaggio tutti i medici e i familiari, limitatamente ad una persona di famiglia per ciascun medico partecipante.

La quota di partecipazione è di L. 170 a persona, comprensive di tutto, e deve essere versata non oltre il 30 settembre alla Direzione generale della C.I.T., piazza dell'Esedra, 68, Roma.

Ai partecipanti sarà concessa la riduzione ferroviaria del 50 % per raggiungere Milano.

L'ospitalità di soggiorno (vitto e alloggio) sarà gentilmente offerta dalle stazioni termali visitate.

Riserve di medicinali nel Belgio.

Il Re del Belgio — vista la legge 16 giugno 1937, che gli conferisce il potere di prendere le misure necessarie per assicurare la mobilitazione della Nazione e la tutela della popolazione in caso di guerra; visto il decreto ministeriale, che approva gli elenchi di medicinali « obbligati »; considerando necessario di costituire, nelle farmacie e nei depositi di medicinali, delle riserve capaci di assicurare, in caso di guerra, per un certo tempo, alla popolazione, le cure fondamentali — ha firmato un decreto il quale precisa le

quantità di medicinali che dovranno, in ogni tempo, trovarsi nelle officine farmaceutiche e negli armadi farmaceutici dei medici autorizzati a fornire direttamente i medicinali ai loro malati.

Azioni giudiziarie.

Il sig. Giacomo Pediconi, quale padre del soldato Francesco, morto il 14 nov. 1933, aveva chiesto la liquidazione della pensione privilegiata ordinaria, perchè la morte venne determinata da broncoalveolite apicale, che sarebbe stata dipendente da causa di servizio. Dopo varie vicende, la Corte dei Conti, IIª Sezione Giurisdizionale presieduta dal sen. Quarta, accogliendo un ricorso dell'interessato, ha concluso per la concessione.

Il Tribunale di Milano, con sentenza emanata dalla I Sezione civile, ha ammessa una perizia sui gruppi sanguigni di Giovanna R., della figlia Albarosa e di tale Guido M., allo scopo di accertare se, per le leggi di ereditarietà, la piccola Albarosa possa ritenersi figlia di Guido M. o se invece si debba escludere tale paternità.

Il perito, prof. Antonio Cazzaniga, ordinario di medicina legale nella R. Università di Milano, ha presentato la sua relazione in cui giunge alla conclusione della possibilità di filiazione tra Guido M. e la piccola Albarosa; l'indagine sulla paternità sarà continuata con gli altri mezzi legali di prova.

Un po' dovunque.

Il prof. Luigi Caporale, dell'Università di Torino, è stato invitato in America, per un ciclo di conferenze; è stato a Buenos Aires ed a Rio di Janeiro; erano annunziate le sue visite a Montevideo e, di nuovo, a Buenos Aires.

L'Università S. Clemente di Okrida in Sofia ha celebrato il cinquantesimo anniversario di fondazione. Ai festeggiamenti sono intervenuti 250 rappresentanti delle Università di varie Nazioni, tra cui particolarmente numerosa la delegazione italiana, costituita da circa trenta membri, e quella tedesca. Le cerimonie sono state solennizzate dalla costante presenza delle LL. Maestà il Re e la Regina di Bulgaria.

Si è pubblicata la prima relazione annuale dell'Istituto oncologico di Chicago, inaugurato nel marzo 1938. I pazienti ricoverati sono stati 505: quelli esaminati o curati ambulatoriamente 4792. Molto sviluppo ha assunto il programma didattico. La relazione mette in evidenza l'opportunità di incrementare, ora, l'attività scientifica. L'istituto è diretto dal dott. Max Cutler e amministrato dal dott. Ludvig Hektoen.

La Società Allumine Venete ha donato alla G.I.L. di Venezia il villaggio alpino di Gogna di Cadore, perchè venga adibito a colonia climatica; esso è situato a 800 m. sul mare e si compone di cinque edifizi, circondati da un vasto parco; potrà ospitare circa 200 bambini per turno.

Allo stabilimento termale di Carignano di Fano si sono adunati moltissimi medici della provincia per prendere visione del riassetto delle celebrate fonti.

Il « Bollettino della Società Medico - Chirurgica Trevigiana » si è trasformato nel « Giornale Medico della Marca Trevigiana », a periodicità trimestrale; è diretto da M. Bortolozzi; l'abbonamento annuo importa L. 20 (per i membri della Società L. 10); gli uffici hanno sede presso l'Istituto di anatomia patologica dell'Ospedale civile di Treviso. Auguri.

Si è iniziata la pubblicazione a Caracas, degli « Archivos venezolanos de puericultura y pediatria », a periodicità non determinata, diretti dal dott. Pastor Oropega. Direzione e redazione hanno sede nello « Hospital Municipal de Ninos »; amministrazione: Apartado 714. Prezzo dei singoli fascicoli: Kolivares 3 (per i membri della Società di puericultura e pediatria Bs. 1,50; per gli studenti in medicina Bs. 1). Auguri.

Durante gli ultimi 50 anni la mortalità per tubercolosi in Germania si è ridotta, secondo le statistiche, da 28.4 a 6.4 per le donne e da 34.2 a 7.8 per gli uomini, ogni 10.000 unità.

La « Fondazione per il miglioramento umano », in Pasadena (California), informa che dalla prima sterilizzazione eugenica eseguita nel 1907, in poi, ne sono state fatte 30.690, di cui solo in California, 12.941. Si sarebbe verificata, in conseguenza, una notevole diminuzione dei reati sessuali. Da uno studio compiuto su 130 deboli mentali sterilizzati ed, in seguito, coniugatisi, risulta che i due terzi di tali matrimoni sono felici (*sic!*), il che costituisce un primato per tutti i matrimoni in California. Nei manicomi di Stato, si può calcolare che uno su sei pazzi sia sterilizzato. Il numero degli sterilizzati è press'a poco uguale per i due sessi.

Un gruppo di turisti svizzeri, tra cui numerosi medici, ha compiuto una visita all'Agro pontino.

Nell'Inghilterra sono stati attivati una quarantina di campi per nudismo, di cui una dozzina presso Londra, da parte di varie società, tra le quali l'Associazione per i bagni d'aria e di sole, che annovera circa 30 mila soci; di essa fanno parte molte personalità. Il movimento ha per pretesto l'igiene; desta vive opposizioni da parte dei puritani.

A Beykos (Turchia) quattro bambini sono stati circoncisi da un empirico, certo Kemal, che si trovava in stato di ubbriachezza e che ha prodotto loro mutilazioni gravi, ponendo in pericolo la vita di essi. I genitori dei bambini e altri presenti al rito hanno bastonato a sangue lo sciagurato.

I giornali riferiscono di certa Grazia Alfonso, di 19 anni, da San Mauro Castelverde, in prov. di Palermo, rimasta in letargo per sei mesi.

È deceduto a Genova il prof. PIETRO CANALIS, che insegnò a lungo igiene in quell'Università; fu anche, per oltre un trentennio, medico provinciale di Genova, e ripetutamente membro del Consiglio Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale. Era stato decorato con medaglia d'oro e con medaglia d'argento dei benemeriti della salute pubblica, per la parte preminente avuta nella lotta contro il colera a Messina nel 1887 ed a Genova nel 1911. Era nato nel 1856 ad Osilo (Sardegna).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 23 apr. — C. B. BELLARO. Meningo-mieliti post-abortive. — A. SACCHETTI. Midollo osseo nel reum. artic. ac.

Folia Med., 30 apr. — G. ARPINO. Ormone follic. e vit. C. nella cura dell'ulcera g.-d.

Rif. Med., 20 magg. — G. MONASTERIO. Vomito acetonemico dell'adulto.

Wien. Klin. Woch., 26 magg. — Oto-rino-laringol.

Münch. Med. Woch., 26 magg. — H. J. LAUTER. Locus minoris resistentiae. — WISCH. Ittero nella scarlattina.

Klin. Woch., 27 magg. — P. L. MIRIZZI. Dilataz. delle vie biliari. — M. DEBUSMANN e A. LEINBROCK. Nefrosi lipoidea nell'infanzia.

Accad. Med., febbr. — G. SABATINI. Dosaggi clinici per la terapia follicolinica. — G. GIANNONI. Collo di frattura. — S. RICHERI. Laringite cron. ipelplastica.

Arch. p. le Sc. Med., apr. — C. GIORDANO e D. GALIGANI. Degeneraz. retinica con diabete insipido familiare. — M. ALOISI. Particolare metamorfosi del tessuto adiposo.

Arch. Mal. App. Dig. ecc., apr. — D. ANTITCH e R. RUBENOVITCH. Genesi e valore diagnost. dell'urobilina e dell'urobilinogene.

Pathologica, 15 apr. — C. GHIZZETTI. Anemia pern. e malaria. — S. SCULLY. « Esotubercoline » allergiche e ceppi tubercolinici.

Journ. A. M. A., 13 magg. — Angina pectoris e infarto cardiaco da trauma o da sforzo. — R. M. CALDER e al. Brucellosi. — G. H. SCAULON e al. Protrombina del sangue. — J. V. GALGIANI e al. Inalazioni di epinefrina.

Rif. Med., 27 magg. — G. PENNETTI. Potere ossalolitico del sangue nelle affezioni epatiche.

Med. Welt., 27 magg. — H. CURSCHMANN. Cachessie ipofisarie. — R. SCHMIDT. La papilla da stasi.

Proc. R. Soc. Med., magg. — Discussioni su: Medicina di Stato; Anoressia nervosa; Chirurgia del labirinto; Complesso vitaminico B. — Casistica.

Clin. Chir., apr. — F. LEINATI. Gangrena del legam. rotondo del fegato. — A. DELL'ACQUILA. Atrofia ossea di Südeck. — C. UGGERI. Flebite tbc.

Arch. It., di Chir., mar. — P. FRUGONI. Supposta allergia da catgut. — V. CONTINI. Ectopie renali.

Folia Med., 15 magg. — D. CAPOMOLLE. Origine ovarica della sclerodermia.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — FALCOMATA. Microclima dei sommergibili.

Presse Méd., 27 magg. — B. A. HOUSSAY e al. Azione ipertensiva del rene ischemizzato. — M. R. CASTEX e J. GARCIA DEL RIO. Elettrocardiografia clinica. — H. ORREGO PUELMA. Associazioni morbose nella tbc. polm. — J. C. MUSSIO-FOURNIER e al. Azioni locali degli ormoni. — F. D. GOMEZ e A. R. GINES. Criteri di guarig. della tbc. polm

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanitaria . . . . . *Pag.* 1659
Appendicite: cura medica e cura chirurgica . . . . . » 1635
Bibliografia 1652, 1653
Cisto-pielite provocata da un particolare tipo di b. metadissenterico . . » 1623
Deformità congenite negli indigeni eritrei . . . . . » 1639
Dispepsie tubercolari: trattam. con bromo ed atropina per via endoven. » 1625
Fegato fetale di bovini: fattore antianemico . . . . . » 1651
Influenza: clinica e terapia . . . . » 1643
Iperinsulismo . . . . . » 1649
Ipertrofia prostatica: varia . . . . . » 1654
Medicina sociale . . . . . *Pag.* 1660
Menopausa e suo trattam. ormonico » 1650
Nefrosi-nefrite . . . . . » 1654
Pulmonite: complicazioni nervose . . » 1645
Ricettazione: questioni di — . . . . » 1658
Shock ipoglicemico negli schizofrenici: quadro fisiopatologico . . . . . » 1658
Surreni: modificazioni della corteccia » 1650
Tendine del quadricipite femorale: rottura soprarotulea . . . . . » 1630
Vaccinazione contro il tifo esant. . . » 1657
Vaccino antitifico: nuovo tipo . . . . » 1657
Vescica: infezioni incurabili: simpatectomia . . . . . » 1654

A. POZZI, resp.
C. FRUGONI, Red. capo.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 18 Settembre 1939 - XVII Num. 38

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: S. Diena: Sulla Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico. — V. De Blasi e S. Gualco: Le cure termali salsobromoiodiche ed il sistema nervoso vegetativo.

Rilievi e commenti: A. Bernay, A. Locatelli, G. Triolo: Sulla emboloterapia della tubercolosi polmonare.

Problemi d'attualità: Ulrici: Le radiografie in serie nella lotta contro la tubercolosi.

Note biografiche: C. Frugoni: William James Mayo.

Sunti e rassegne: TUMORI: J. Ducuing: Le grandi sindromi dolorose del cancro del collo dell'utero, inoperabile o recidivato. — A. T. Edwards: Il cancro del polmone e della pleura. — AFFEZIONI CUTANEE: N. Burgess: Orticaria cronica. — G. Marinesco, N. Vasilesco e H. Bruch: Contributo allo studio della sclerodermia. — MISCELLANEA: H. Heikscher: Neurosi cardiaca e respiratoria. — R. J. Bluckman: Mal di mare.

Cenni bibliografici.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: A proposito delle febbri tifoidi « intricate ». — La diagnosi di tularemia. — Il trattamento razionale della paralisi infantile. — Azione del clorato di potassio sulla poliomielite acuta. — La terapia della malattia di Nicolas e Favre con i derivati organici dello zolfo. — Sulla roentgenterapia antiinfiammatoria con speciale riguardo ai risultati clinici. — Metodi di terapia aspecifica. — MEDICINA SCIENTIFICA: Considerazioni sulla struttura istologica dei noduli di Gamna della milza.

Nella vita professionale: Limitazione delle pagine dei periodici e delle riviste. — Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO RADIOTERAPICO RADIODIAGNOSTICO
ITALIANO - FIRENZE
Direttore: Prof. V. PALUMBO.

Sulla Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico.

Dott. SERGIO DIENA.

Un organismo vivente realizza l'armonico coordinamento delle varie sue funzioni vegetative per mezzo di tre meccanismi diversi di regolazione che, se pur ben distinti l'uno dall'altro, si influenzano a vicenda. Esistono infatti:

una regolazione fisico-chimica che si esplica per mezzo della variabile concentrazione nel sangue circolante dell'ossigeno e dell'acido carbonico e per l'azione del glucosio, dell'urea e dell'equilibrio acido-basico;

una regolazione ormonica che si esercita ad opera delle varie secrezioni interne;

una regolazione attuata dal sistema nervoso-vegetativo.

L'irradiazione Roentgen esplica a sua volta azione di regolazione su questi sistemi preposti a tale funzione e specialmente sugli ultimi due tendendo ad equilibrare gli eccessi sia in più che in meno delle varie manifestazioni di tutto il sistema endocrino-simpatico.

Però i tanti complessi sinergismi ed antagonismi funzionali del sistema neuro-vegetativo, i rapporti di interdipendenza fra le varie ghiandole endocrine e le relative vie nervose, le possibilità di funzionamento autonomo delle tre principali stazioni del sistema, implicano la possibilità di risultati differenti di fronte all'irradiazione Roentgen.

Un semplice sguardo alla morfologia del sistema neuro-vegetativo spiega questa affermazione.

Tre parti lo costituiscono:

1) gli apparecchi autonomi periferici;

2) l'insieme delle vie simpatiche e parasimpatiche;

3) i centri superiori bulbari, diencefalici e forse anche corticali.

I primi, chiamati anche apparecchi interstiziali in quanto si trovano nella compagine

di tutti gli organi, di tutti i visceri, sono ad un tempo mezzi di trasmissione degli stimoli portati dalle fibre del simpatico e del parasimpatico, che ad essi fanno capo, e centri già capaci di un funzionamento autonomo.

È interessante ricordare che i sopradetti apparecchi oltre che da stimoli nervosi sono eccitati dai varii ormoni circolanti nel sangue; ciò rende evidente l'intima connessione che regna fra sistema endocrino e sistema nervoso.

Le vie simpatiche e parasimpatiche che, antagoniste dal punto di vista funzionale, hanno costituzione morfologica simile ed origine comune dal nevrasse, tengono sotto il loro dominio gli innumerevoli centri periferici coordinandone l'azione ma sono alla loro volta sottoposte alla influenza dei centri cerebrali.

Non c'è da meravigliarsi che nel corso di trattamenti Roentgen di centri della vita vegetativa si abbiano effetti a volte opposti in quanto la parte immediatamente sottostante a quella che riceve lo stimolo fisico risponde a questo in modo vario a seconda della sua attitudine momentanea. Così se si influenzano i centri vegetativi della base cranica con la stessa dose di raggi Roentgen d'identica qualità e quantità in due individui, si avrà in entrambi, ad esempio, la risoluzione di uno spasmo arterioso periferico solo se i centri d'origine delle vie simpatiche e parasimpatiche e gli apparecchi nervosi periferici della zona interessata sieno in entrambi i soggetti e in quel determinato momento nella stessa attitudine funzionale.

Allorche invece portiamo un eccitamento Roentgen sulle vie simpatiche e parasimpatiche, non includendo nel campo irradiato i centri di origine di queste, un identico effetto dipenderà dall'attitudine dei soli centri interstiziali.

I rami nervosi simpatici nascono nella colonna di sostanza grigia che forma il corno laterale limitatamente al tratto di midollo compreso fra l'ottavo segmento cervicale ed il secondo segmento lombare. Le cellule d'origine delle fibre parasimpatiche sono annesse ai nuclei motori dei nervi oculomotore facciale, glosso-faringeo e vago e nel tratto lombare inferiore e sacrale del midollo stanno alla base delle corna anteriori sul lato interno di queste.

Manifestazioni circoscritte al solo campo di irradiazione dimostrano che non solo spontaneamente ma anche in seguito a stimoli esterni i vari centri periferici rispondono diversamente da individuo ad individuo, e nello stesso individuo da momento a momento.

L'irraggiamento Roentgen può influenzare il sistema nervoso vegetativo agendo direttamente sia sui centri midollari, bulbari, diencefalici e ganglionari sia sugli apparati nervosi periferici, ma più frequentemente manifesta la sua azione sul sistema sopradetto in via indiretta; ciò avviene attraverso vari meccanismi.

Così dopo eccitamento delle terminazioni sensitive si provocano dei riflessi simpatici veri a corto o a lungo tragitto che necessitano dell'intervento di una o più tappe cellulari, o dei riflessi del tutto speciali e propri delle fibre nervose del sistema vegetativo che, studiati in special modo dal Langley, prendono il nome di pseudo-riflessi o, usando il termine originario « réflesses d'axone ». Questi sono caratterizzati dal fatto che uno stimolo portato su un nervo sensitivo non ha bisogno, per manifestare la sua azione, di risalire fino alla cellula di origine della fibra eccitata ma si trasmette alla periferia dando luogo, ad esempio, ad un fatto di vasodilatazione locale ridiscendendo contro corrente le fibre collaterali di quella stimolata. Nel corso di questa esposizione si incontreranno delle manifestazioni locali ottenute durante e dopo applicazioni di raggi Roentgen che non potranno spiegarsi se non ammettendo un tale meccanismo di produzione.

Sempre in via indiretta si influenzeranno parti del sistema nervoso-vegetativo situate in profondità quando si provoca una vasodilatazione superficiale che si diffonde agli organi interni modificando il regime circolatorio ed il tono degli apparati interstiziali contenuti in questi ultimi.

Basta infatti, a volte, una piccola dose di raggi Roentgen non penetrante portata sulla regione epigastrica per far recedere un attacco di dolore addominale di origine spastica od una crisi solare.

Infine modificazioni fisico-chimiche del sangue circolante si ripercuotono in via indiretta sul funzionamento dei centri nervosi e degli apparecchi periferici vegetativi.

Ben raramente però gli agenti fisici ed in primo luogo i raggi Roentgen modificano il tono vegetativo attraverso un meccanismo unico; per lo più questo è assai complesso, costituito cioè di azioni dirette e di azioni indirette.

La Roentgenterapia penetrante, che senza dubbio è il mezzo fisico più efficace per influenzare i centri simpatici situati nel midollo spinale e le catene ganglionari, agisce, ad opinione della maggior parte degli AA., in via molto semplice. Si determina essenzialmente

una paralisi momentanea dei centri vasocostrittori col risultato di avere agli arti superiori ed inferiori, a seconda che rispettivamente si irradiano la regione dorsale superiore o la regione dorso-lombare, un aumento considerevole di calore, se prima esisteva uno stato di angiospasmo, una normalizzazione nell'ampiezza delle pulsazioni arteriose, un'attenuazione dei riflessi vasocostrittori.

I risultati, talora sorprendenti, che si hanno colla Roentgenterapia penetrante nelle sindromi angiospastiche, nell'arterite obliterante, nelle ulceri trofiche degli arti inferiori, in molte affezioni dermatologiche, debbono dunque riportarsi ad un'azione vasodilatatrice. Analogamente l'irradiazione dorsale superiore associata a quella del ganglio stellato o degli ili polmonari è vantaggiosa nell'angina di petto e nelle sindromi asmatiche; l'irradiazione del plesso celiaco risolve le crisi solari ed attenua, fino a volte far scomparire, gli attacchi dolorosi da ulcera gastro-duodenale.

Mi sia permesso a questo punto prospettare l'ipotesi che oltre una vasodilatazione passiva da paralisi dei vaso-costrittori giochi, nel determinismo di tutte queste azioni benefiche, una vasodilatazione attiva per stimolazione delle fibre vasodilatatrici comprese nei nervi sensitivi del sistema neuro-vegetativo.

L'equilibrio vago-simpatico è alterato e, nel caso si sia di fronte a stati di squilibrio, normalizzato oltre che con l'irradiazione diretta dei centri vegetativi, con quella di alcune ghiandole a secrezione interna che hanno particolare influenza sul sopradetto equilibrio.

Ciò dimostra gli stretti rapporti che intercorrono fra sistema endocrino e sistema nervoso vegetativo. Così la radioterapia della tiroide corregge le sindromi basedowiane che sono sopratutto legate ad ipersimpaticotonia, la radioterapia delle ovaie determinante la menopausa bruscamente turba l'equilibrio organico coi classici disturbi a tutti noti, la radioterapia delle capsule surrenali esplicando azione inibitrice sulla sostanza midollare è utile nelle sindromi ipertensive ed angiospastiche, la radioterapia pancreatica a piccole dosi eccita l'attività delle isole ed aumenta il tono vagale, a dosi forti paralizza l'attività ghiandolare correggendo le sindromi ipervagotoniche ed ipoglicemiche.

L'azione predominante dei raggi Roentgen può essere considerata — come ammette la maggior parte degli AA. —, d'inibizione sia sul sistema simpatico che sul parasimpatico del loro effetto eccitatore sui vari organi; la variabilità di azione è naturalmente in rapporto al loro grado di eccitabilità al momento dell'irradiazione.

Spadolini, Langley, Bard, Camus, Danielopolu, Guillaume, Laignel-Lavastine hanno infatti notato dei risultati variabili per una stessa eccitazione e ciò hanno fatto dipendere dalla possibilità che ha il sistema neuro-vegetativo di rispondere in modo diverso da caso a caso.

L'osservazione del comportamento di due fenomeni, la comparsa della malattia da raggi e l'insorgenza dell'eritema cutaneo, il primo d'indole generale, il secondo puramente locale ma entrambi di natura simpatica conferma quanto sopra è detto. Esistono infatti soggetti che sopportano, senza accusare il benchè minimo disturbo, dosi di raggi Roentgen che in altri provocano il classico mal da raggi; nei riguardi poi dell'eritema Kroenik e Friedrich hanno visto in individui del tutto normali differenze del 200 ed anche del 300 % relativamente alle dosi che provocano la manifestazione cutanea.

***

Nell'Istituto Radioterapico Italiano di Firenze si praticano sistematicamente da oltre un decennio irradiazioni Roentgen atte ad influenzare direttamente il sistema endocrino-vegetativo. Di persona ho assistito solamente alle applicazioni effettuate in questi ultimi due anni però ho la possibilità di riferire su tutto il lavoro sviluppato in questo campo negli anni precedenti in quanto dei casi clinici trattati è stata scrupolosamente conservata la documentazione riguardante le notizie anamnestiche prima e dopo il trattamento e i risultati ottenuti.

Se nel trattamento radioterapico di tumori maligni situati in profondità lo scopo da prefiggersi è di far giungere a questi la maggiore dose di raggi compatibile con l'integrità dei tessuti di rivestimento, nella Roentgenterapia del sistema neuro-vegetativo si cercano modificazioni funzionali senza disturbare la struttura degli organi attraversati dal fascio di raggi.

Ciò in pratica si ottiene portando sulle catene ganglionari para-vertebrali del simpatico o sui centri vegetativi situati nel midollo spinale, nel bulbo e nella parte basale dell'encefalo dosi che in superficie variano fra 100 e 300 r. In alcuni trattamenti ci si limita ad una sola irradiazione, in altri occorre un ciclo di irradiazioni; in questi casi, se pure a volte sono state praticate nello stesso giorno

anche due, tre e persino quattro irradiazioni, per lo più sono state fatte intercorrere fra una seduta e l'altra ventiquattro-quarantotto ore. Quando una irradiazione o un ciclo è stato ripetuto è intercorso in genere un intervallo di 3-4 settimane.

La distanza fuoco-pelle ha variato nelle singole applicazioni fra 23 e 41 cm. a seconda della profondità dei centri da influenzare.

Poichè l'esperienza ha dimostrato che una radioterapia di media penetrazione e di selezionatura non eccessiva è quella che dà i migliori risultati, le tensioni adottate hanno variato fra 160 e 180 kV e i filtraggi fra 0,5 e 0,7 mm. per il Rame e 1-3 mm. per l'alluminio.

Le intensità usate sono state di 3-4 mA.

Quanto è sopradetto ha lo scopo di dare un'indicazione generale della tecnica seguita; nell'esposizione successiva verranno per ogni affezione ricordate le modalità tecniche di irradiazione.

Le forme morbose che, attraverso applicazioni di raggi Roentgen su centri nervosi vegetativi, si è cercato di modificare sono raggruppate a seconda dell'apparato o sistema corporeo prevalentemente interessato, nel seguente modo:

a) Affezioni tegumentarie.
b) » respiratorie.
c) » digestive.
d) » vascolari periferiche.
e) » endocrine.

AFFEZIONI TEGUMENTARIE.

Se le prime constatazioni dell'influenza benefica diretta dei raggi Roentgen, in alcune dermatosi, risalgono a pochi anni dalla loro scoperta per opera specialmente di Hahr e di Albers-Schomberg, l'idea di una possibile azione indiretta attraverso il sistema neurovegetativo spetta al Bordier che nel 1906 intraprese l'irradiazione del midollo spinale e dopo dieci anni affermò che tale metodo poteva essere applicato utilmente in disturbi cutanei di natura distrofica. Nel 1919 Gouin ottenne la guarigione di un caso di lichen piano mediante un'unica irradiazione centrata sulla regione interscapolare. In seguito l'irradiazione indiretta secondo varia tecnica e con risultati molto incostanti è stata praticata in tutte le malattie cutanee.

Nella vitiligine si è pensato ad un meccanismo patogenetico di natura simpatica dopo che Lévy-Franchel e Guillaume mediante l'esame capillaroscopico asserirono l'esistenza di turbamenti nella circolazione sanguigna locale. L'irradiazione dei centri simpatici in questa sindrome pigmentaria è stata tentata da Gouin ottenendo scarsi miglioramenti. Nessun risultato hanno avuto Truffi mediante l'irradiazione paravertebrale e dei grossi vasi e Guerrini con l'irradiazione sia paravertebrale sia della tiroide e delle capsule surrenali.

Nell'Istituto Radioterapico sono stati trattati quattro casi di vitiligine; di uno di questi, in cui la forma insorta otto mesi prima in seguito ad un trauma psichico era limitata agli avambracci, non è possibile riferire perchè irradiato da appena un mese (200 r.) a sinistra rispettivamente sul ganglio stellato e sulle regioni cervicale e dorsale, trovasi in periodo di osservazione. In altri due casi, l'uno che presentava localizzazioni solo alle mani e sottoposto ad irradiazione del rigonfiamento cervicale e dei surreni, l'altro una forma generalizzata e sottoposto ad irradiazione del tratto cervicale e lombare della colonna non si sono avute modificazioni. Nel quarto, in cui il trattamento è stato iniziato nell'aprile 1933, il risultato è stato eccellente. Trattasi di donna nubile di 27 anni con precedenti familiari e personali immuni. La forma è iniziata, senza causa apprezzabile, tre anni avanti, al moncone della spalla sinistra posteriormente e di qui si è diffusa in pochi mesi a tutto il dorso, ad entrambe le regioni mammarie, al rimanente della faccia anteriore del torace ed agli arti superiori. Andata al mare si pigmentò uniformemente ma con l'autunno la discromia ricomparve più grave di prima. Anche nell'estate 1934 il mare portò temporaneo beneficio. Il 12 aprile 1935 è stata praticata sulla regione cervicale posteriore sinistra un'unica irradiazione Roentgen con le seguenti modalità tecniche: distanza fuoco-pelle cm. 31; campo cutaneo cm. 6 × 8; kV 170; mA 4; filtraggio mm. 0,7 Cu + 1 Al, 150 r.

Si è ottenuto, unicamente dal lato irradiato, un notevole miglioramento; l'applicazione è stata ripetuta dopo sei settimane ed il miglioramento, fattosi bilaterale, si è intensificato fino a determinare dopo cinque mesi dalla prima irradiazione la scomparsa completa dell'alterazione; tale risultato è confermato da una visita di controllo di pochi mesi fa.

La coesistenza della vitiligine con disturbi cutanei di certa natura simpatica o con turbe endocrine per cui a volte può essere invocata come causa uno squilibrio neurovegetativo, a volte una disfunzione ghiandolare, spiega forse tale incostanza nei risultati terapeutici ottenuti.

Credo opportuno a tal punto riferire di un caso caratterizzato da un'alterazione cutanea opposta a quella che si riscontra nella vitiligine. Si è presentato nel 1933 al nostro Istituto una donna di 50 anni con anamnesi remota negativa, ma allora sofferente di glicosuria, in cui da qualche mese si erano manifestati alla gamba destra quattro chiazze ipercromiche, lievemente ipercheratosiche, con epitelio sovrastante indenne da soluzioni di continuo, non destanti alcuna sensazione subiettiva, di forma rotondeggiante e della grandezza variabile da una moneta da un soldo ad una moneta da cinquanta centesimi. Supposto che alla base delle manifestazioni fosse uno squilibrio vegetativo sono state praticate

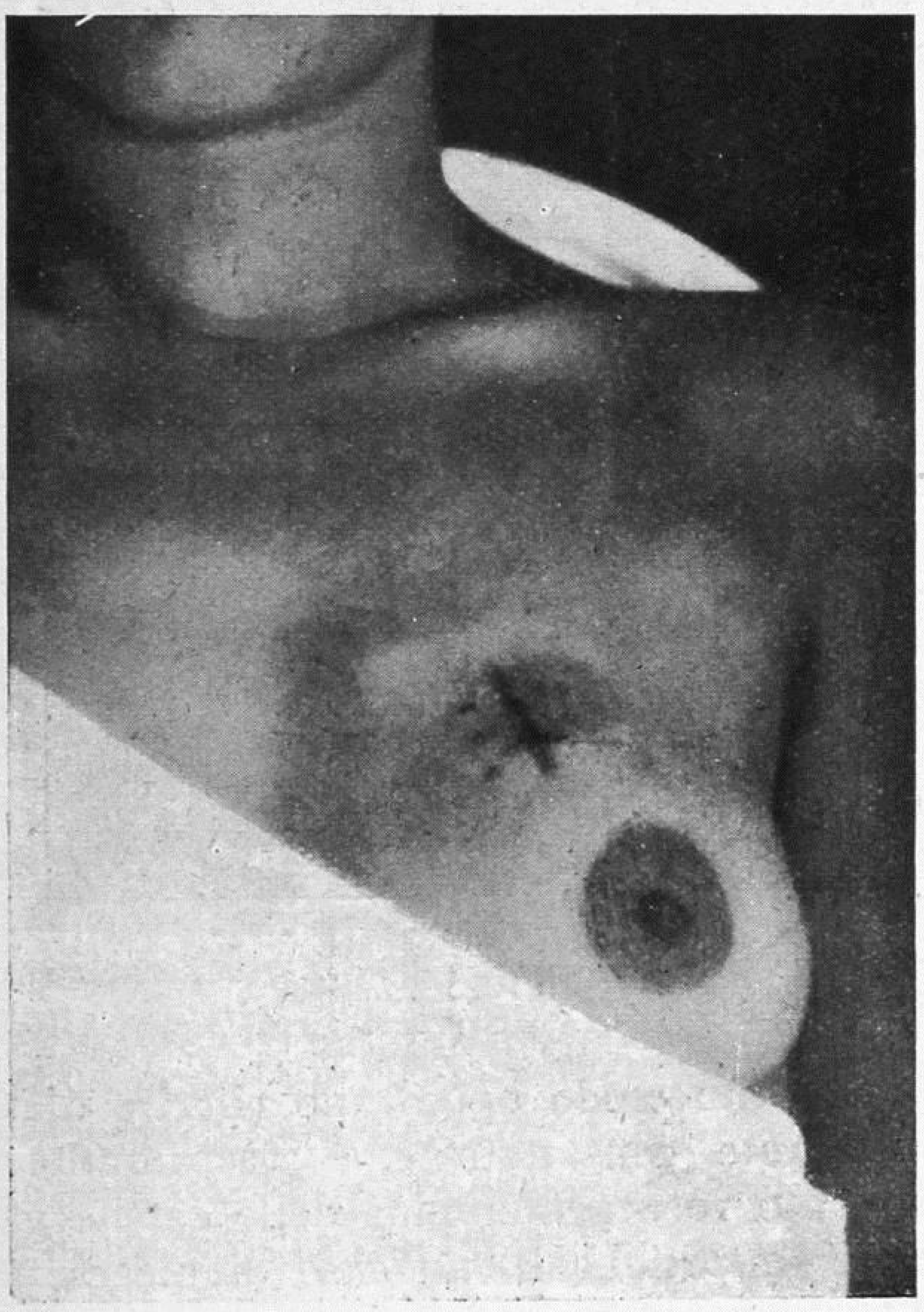


FIG. 1.

sulla regione lombare e sacrale destra due irradiazioni (distanza 33 cm.; campo cm. 10 × 15; kV 170; mA 4; filtraggio: 0,7 mm. Cu + 1mm. Al; 300 r.); un controllo effettuato tre mesi dopo il trattamento ha mostrato che le chiazze erano rimpiccolite e meno pigmentate; in seguito il caso è stato perso di vista.

Nelle pagine precedenti ho detto ripetutamente delle possibilità che hanno gli apparecchi nervosi periferici di qualunque organo di rispondere diversamente ad uno stesso stimolo da individuo ad individuo ed anche nella stessa persona a seconda della loro momentanea attitudine; ciò è avvalorato dalla seguente osservazione.

Alcuni mesi fa sono stati somministrati con un campo cutaneo 6 × 8 a 31 cm. di distanza (170 kV; 4 mA; filtro 0,7 Cu + 1 Al) 300 r. sulla mammella sinistra di una signo-

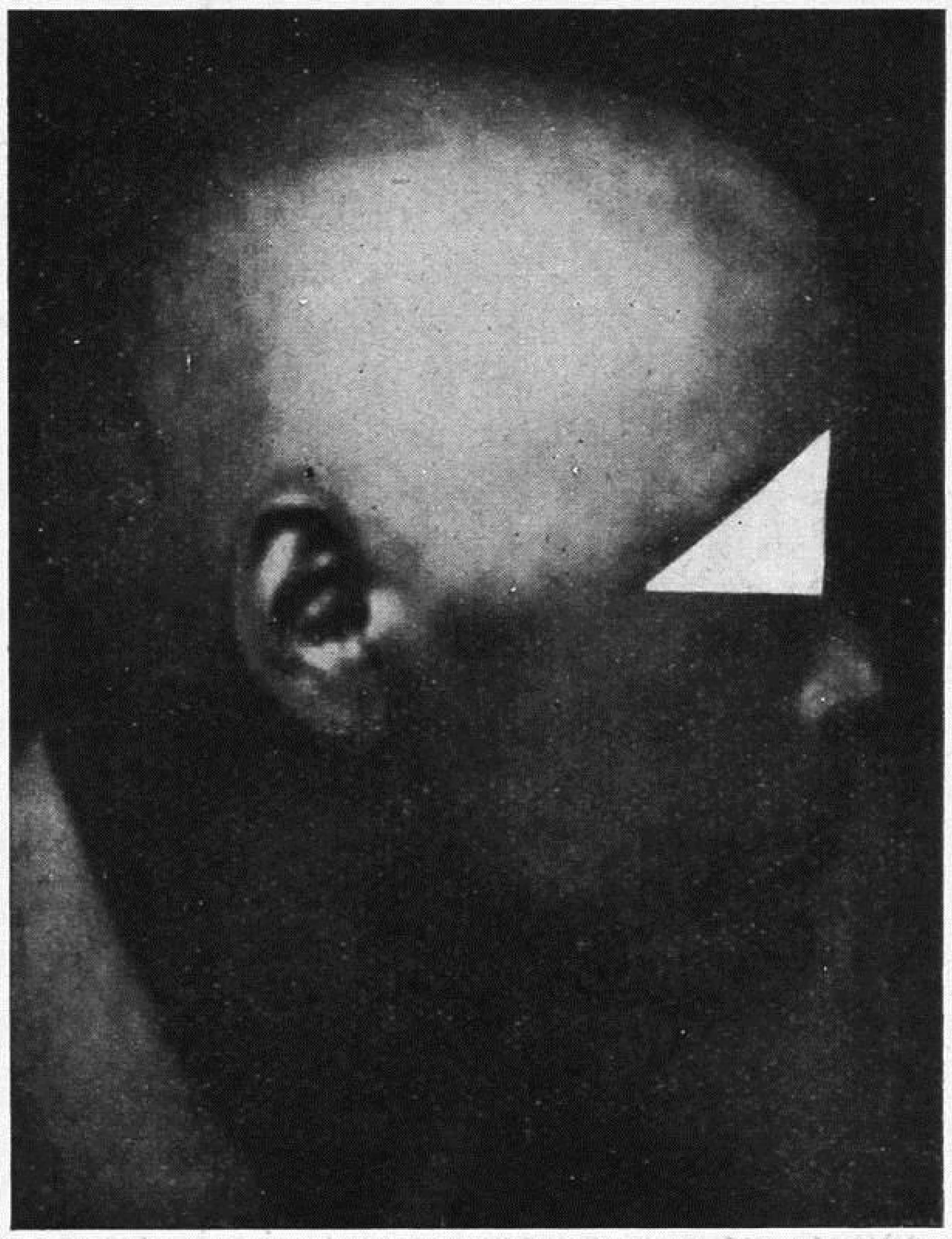


FIG. 2.

rina di a. 21 a scopo risolutivo di un fibroadenoma asportato chirurgicamente e riprodottosi dopo tre settimane una zona de-



FIG. 3.

pigmentata, riproducente esattamente la forma del delimitatore, deponeva per una risposta locale del tutto nuova, in quanto se in ripetute occasioni si erano visti eritemi e suc-

cessive pigmentazioni per dosi di raggi dieci volte inferiori a quella che di regola producono questo fenomeno, mai si era constatato, in seguito ad irradiazioni Roentgen, una comparsa del fatto opposto cioè la diminuzione di pigmento cutaneo (fotografia n. 1).

Passando al sistema pilifero ricordo due casi di alopecia totale curati negli anni 1929 e 1930. Entrambe le pazienti presentavano abito linfatico-oligoemico ed erano state negli anni precedenti sottoposte a svariate cure generali e locali senza ricavarne alcun vantaggio; si procedette in ambedue alla ricerca del Metabolismo basale che in una risultò diminuito, se pur di poco (3 %), nell'altra aumentato (17 %) e si istituì un trattamento Roentgenterapico della ghiandola tiroide somministrando, con dieci applicazioni distanziate l'una dall'altra una settimana, complessivamente una HED (distanza fuoco pelle 31 cm.; campo 6 × 8; kV 170; mA 4; filtraggio: mm. 0,7 Cu + mm. 1 Al). Furono altresì praticate una cura coadiuvante arsenicale per iniezioni ed irradiazioni a dosi crescenti, di raggi Ultra Violetti sul cuoio capelluto. Nel caso con ricambio rallentato il risultato fu incompleto, infatti dopo un anno era ritornato qualche ciuffo di capelli molto resistenti alla trazione ma persistevano varie zone alopeciche, in quello con Metabolismo superiore alla norma il risultato fu eccellente in quanto dopo due anni tutto il capo era ricoperto da capelli foltissimi, ricciuti che crescevano normalmente ed uniformemente in lunghezza e che tuttora persistono. (Fotografie n. 2 e n. 3).

Nell'anno 1934 sono stati trattati in via indiretta due casi di distrofia ungueale semplice, intendo con ciò dire che le portatrici di tali affezioni, donne di media età, non presentavano fatti morbosi nè pregressi nè contemporanei che potessero avere rapporto col disturbo dell'annesso cutaneo. Nel primo caso osservato la forma, il cui inizio risaliva a più di un anno, aveva colpito gravemente le unghie delle mani e dei piedi; dapprima si praticarono, senza ottenere alcun risultato, applicazioni locali di Roentgen poi si irradiarono il rigonfiamento cervicale e lombare ed il ganglio stellato bilateralmente portando su ciascuna regione una mezza dose eritema. Si ebbe dopo una quindicina di giorni un accenno al miglioramento; ciò indusse a ripetere, ad un mese di distanza, il ciclo già eseguito, limitando però questa volta la somministrazione a 200 r.; dopo un altro mese si praticò un terzo ciclo identico al secondo e si tenne la malata in osservazione. A sei mesi circa di distanza si constatava la quasi totale restitutio ad integrum.

Più rapido è stato il risultato nel secondo caso più grave del precedente e limitato alle dita delle mani. (Fotografia n. 4).

Tralasciando senz'altro ogni applicazione locale si irradiò il rigonfiamento cervicale somministrando da destra e da sinistra 200 r. (distanza 33 cm.; campo 10 × 15; kV 170; mA 4; filtraggio: 0,7 Cu + 1 Al.); due mesi dopo questa irradiazione la forma era perfettamente guarita.

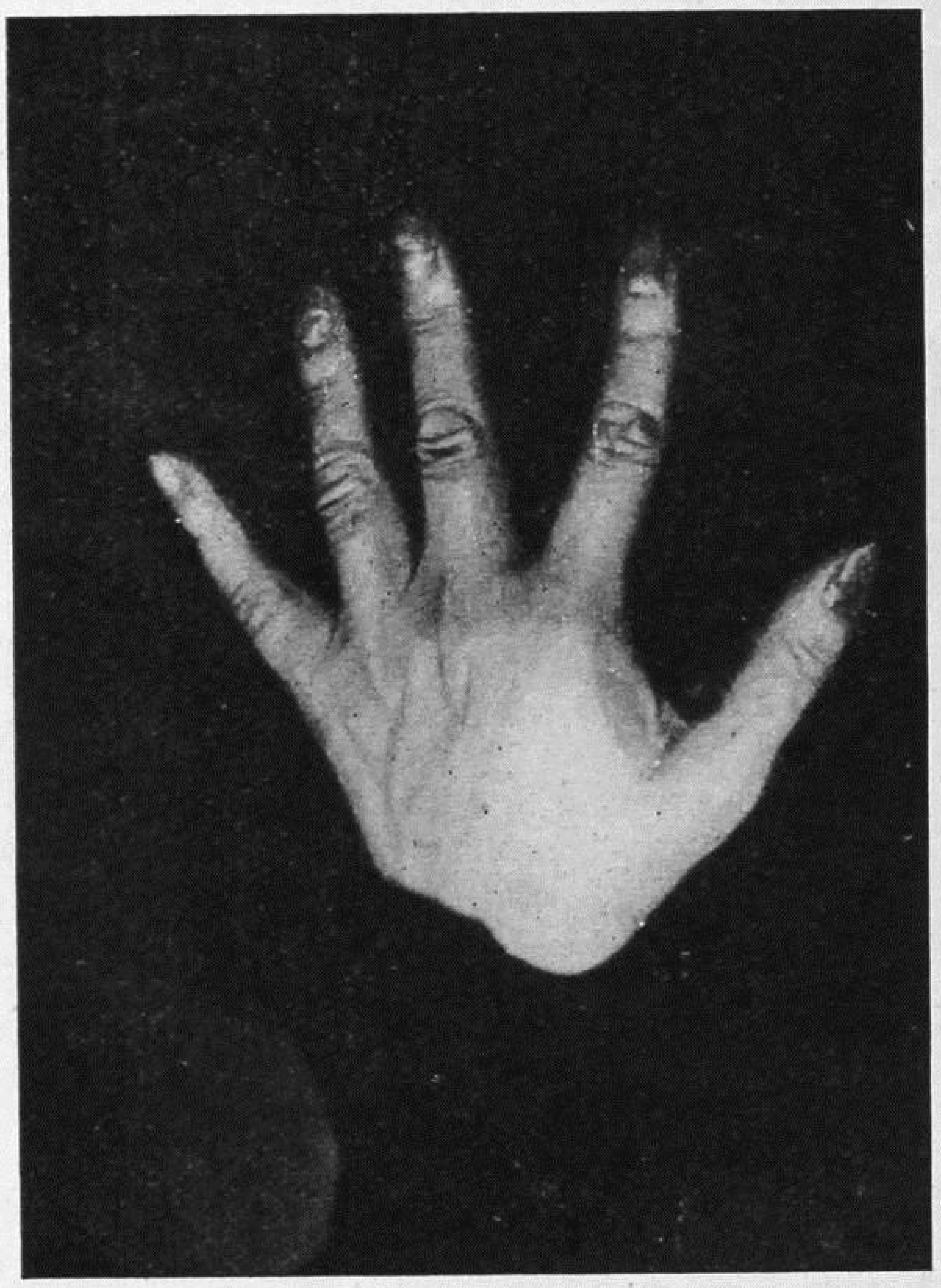


FIG. 4.

A tal punto credo opportuno riferire d'aver recentemente constatato che già durante il trattamento roentgenterapico delle catene ganglionari simpatiche in un caso di ulcera perforante plantare si ebbe ripresa, dopo circa un anno di sospensione, della crescita delle unghie nel piede ammalato. Questo non per portare una dimostrazione della ormai certa azione regolatrice del sistema nervoso vegetativo sulla nutrizione dei tessuti ma per far notare con quale velocità, quasi direi scatto, si regolarizzano funzioni di pertinenza del sistema autonomo quando si riesce in modo congruo influenzarne la parte che sostiene lo squilibrio. La guarigione inoltre di una piaga da varici sulla parte esterna della gamba destra, in una donna di 61 anni, ottenuta unicamente mediante l'irradiazione del tratto lombo-sacrale della catena ganglionare dello stesso lato, avvalora quanto è detto poco sopra e tanto più perchè non può essere messo in causa un meccanismo vasomotorio in quanto la signora aveva fatto uso di tutti i mezzi medici

locali e generali atti a provocare modificazioni del regime circolatorio.

Nei riguardi del sistema sudorale, che, mentre deve considerarsi sotto l'esclusiva dipendenza del simpatico dorsale esercitante un ruolo eccitatore, dal punto di vista delle affinità farmacodinamiche mostra somiglianza con gli apparati ghiandolari innervati dal parasimpatico, esistono frequenti esempi d'autonomia funzionale fra i vari suoi componenti regionali. Come per una causa generale d'eccitazione è possibile vedere comparire una reazione sudorale localizzata cioè limitata, ad esempio, al viso o alle ascelle o alle estremità degli arti, così anche spontaneamente può verificarsi un fatto sudorale circoscritto ad una zona cutanea più o meno estesa. Da notarsi che la stessa perfetta simmetria che per stimoli unilaterali sempre si riscontra nei riflessi sudorali, si ritrova anche quando senza nessuna influenza esterna si manifestano chiazze di iperidrosi.

Ad una signorina di venti anni, d'abito tipicamente linfatico, presentante sudorazione abbondantissima al palmo di entrambe le mani, che non aveva ottenuto che temporanei vantaggi da cure mediche generali e nessuno da mezzi locali è stato nel 1937 in un primo tempo irradiato il ganglio stellare sinistro (200 r.); constatata una bilaterale quasi istantanea diminuzione della secrezione si è proceduto, dopo tre settimane, alla somministrazione per lato, con raggi semipenetranti, di mezza dose eritema che ha determinato la scomparsa del disturbo.

Abbastanza di frequente si è osservato in vari territori cutanei la cessazione della sudorazione, anche per periodi di alcune settimane, in seguito ad applicazioni tanto tenui di raggi Roentgen da escludere ogni azione sideratrice sugli epiteli ghiandolari sì che il fenomeno sopra riportato non poteva dipendere che da un'influenza sugli apparecchi autonomi periferici. Anche nel caso clinico descritto gli apparecchi nervosi periferici giocavano un ruolo importante perchè l'equilibrio perfetto della funzione sudorale si è ottenuto solo dopo la loro irradiazione diretta; il miglioramento che si è avuto con l'irradiazione del ganglio stellato dimostra però che l'alterazione era sostenuta da una disfunzione di centri superiori midollari e ganglionari. La necessità di liberare al più presto la paziente del disturbo per il quale era ricorsa in questo Istituto ha impedito di poter dimostrare una eventuale bilaterale guarigione per via indiretta dopo una seconda irradiazione sul ganglio stellato di sinistra. *(Continua)*

CENTRO DI RICERCHE SCIENTIFICHE
DI SALSOMAGGIORE
diretto dal Prof. Sen. NICOLA PENDE.

Le cure termali salsobromoiodiche ed il sistema nervoso vegetativo.

(Esperienze cliniche sul comportamento della curva glicemica adrenalinica ed insulinica prima e dopo la cura).

Prof. VITO DE BLASI - PROFª. SELLINA GUALCO.

Tutte le ricerche sinora eseguite sul meccanismo terapeutico di azione delle acque salsobromoiodiche ed in modo speciale di quelle di Salsomaggiore, rivelano che esse influenzano in modo netto e preciso il sistema nervoso vegetativo, oltre che le ghiandole a secrezione interna. Però, mentre per queste ultime le osservazioni (sopratutto quelle eseguite nel nostro Centro di Ricerche Scientifiche diretto dal prof. Pende) sono più numerose, gli studi fatti nei riguardi del comportamento del sistema nervoso vegetativo sono molto più scarsi.

La primitiva osservazione clinica fatta dal Pende che le cure di Salsomaggiore agiscono in modo particolarmente benefico sugli individui con costituzione vagotonica predominante, soggetti sopratutto alle crisi congestizie dei vari organi, alle malattie che insorgono sulla base di uno stato di ipereccitabilità allergica, ecc., ecc., fece necessariamente pensare che tali acque dovevano agire certamente attraverso a modificazioni neurovegetative e probabilmente in senso simpatico.

È per tale constatazione clinica e per la ipotesi logica che ne deriva, che trovano giustificazione le relativamente poche ricerche eseguite in questo campo.

Già nel 1937 uno di noi (Gualco) si è occupato di questo problema attraverso il dosaggio biologico della capacità vasocostrittoria, vasodilatatoria e linfagoga della cute prima e dopo la cura di Salsomaggiore, metodo introdotto recentemente ad opera di Groer ed Hecht, dal quale è possibile risalire indirettamente all'orientamento neuro-vegetativo individuale. Sempre attinenti a questo campo, dobbiamo accennare alle esperienze eseguite intorno alla influenza della cura di Salsomaggiore sulla tendenza idrofila tissurale (De Blasi), su alcuni riflessi vegetativi (De Bonis), sul comportamento dell'azione dinamico-specifica (Introna e Patrono), sulla curva glicemica alimentare (De Bonis), oltre che alle indagini svolte sulla funzionalità dell'ovaio (Antognetti e De Blasi) e della tiroide (De Blasi,

Introna e Patrono), dalle quali ultime si possono trarre legittime deduzioni sulle modificazioni del sistema nervoso vegetativo.

Il desiderio di continuare a chiarire sempre più questo problema, nella soluzione del quale noi crediamo si debba ricercare uno dei più importanti meccanismi interpretativi dell'azione terapeutica delle acque di Salsomaggiore, ci ha spinti a riprendere tale argomento, approfittando del ricco materiale clinico che nella stagione estiva frequenta gli stabilimenti di cura di questa preziosa stazione termale.

Parallelamente alle ricerche eseguite da De Bonis sulla curva glicemica alimentare, abbiamo pensato che potesse essere particolarmente interessante indagare la influenza delle cure di Salsomaggiore sul sistema nervoso vegetativo lo studio della curva glicemica adrenalinica ed insulinica, esperienze non ancora eseguite sinora e la cui interpretazione, basata sulla disamina dei meccanismi di regolazione del ricambio glicidico, permette sempre di trarre interessanti ed esplicite deduzioni sullo stato del vago e del simpatico.

Le ricerche sono state espletate su un gruppo di donne affette da svariate forme morbose dell'apparato genitale, scelte in parte fra le frequentatrici delle Terme delle Assicurazioni Sociali (1), in parte fornite attraverso la sua clientela termale, dal prof. De Blasi, ginecologo delle Terme Porro. Per la distribuzione del lavoro diremo subito che è stato appunto dal prof. De Blasi particolarmente disimpegnato il compito del controllo diagnostico ginecologico della maggior parte delle pazienti che hanno costituito la nostra casistica, controllo ginecologico che, unito ad un accurato esame medico generale, ha permesso di circondare delle migliori garanzie, ai fini delle nostre ricerche, l'omogeneo gruppo statistico da noi adoperato. Dalla Gualco sono state invece compiute le ricerche di laboratorio.

Tecnica eseguita e metodo.

Le ricerche sono state eseguite su 30 donne adulte dell'età dai 20 ai 40 anni, presentanti tutte, come abbiamo già detto, affezioni ginecologiche e cioè particolarmente metriti ed endometriti, annessiti, dismenorree varie da insufficienza ovarica, leucorrea, ecc. All'infuori della malattia ginecologica, per la quale tali donne avevano ricorso alla cura di Salsomaggiore, non esistevano alterazioni di altri organi. Dato il carattere delle ricerche che intendevano eseguire, ci siamo particolarmente preoccupati che i soggetti da noi scelti fossero sopratutto immuni da affezioni epatiche o pancreatiche, o metaboliche e neuro-vegetative in senso lato. Su 15 donne abbiamo indagato il comportamento della curva glicemica sotto l'azione dell'adrenalina (glicemia a digiuno e di mezz'ora in mezz'ora fino a due ore e mezzo dopo la iniezione di 1 cc. di una soluzione di adrenalina al millesimo), (1) e sulle altre 15 donne abbiamo studiato la curva glicemica insulinica (glicemia a digiuno e di mezz'ora in mezz'ora fino a due ore e mezzo dopo l'iniezione di 10 unità di insulina). Tali ricerche sono state da noi eseguite al principio ed alla fine delle cure salsoiodiche, le quali sono consistite in bagni quotidiani, inalazioni, polverizzazioni ed irrigazioni per la durata di 15 giorni. È ovvio dire che abbiamo avuto cura di escludere le pazienti le quali si trovavano in periodo mestruale o vi erano prossime: le nostre ricerche si sono svolte esattamente su donne in periodo intermestruale. Abbiamo preferito al metodo di Bang quello di Hagedorn-Yensen, il quale alla più grande rapidità pare unisca anche il vantaggio di dare maggiore affidamento e minori possibilità di scarti di errori, cioè, come dice il Rondoni (a cui rimando per la descrizione completa della tecnica) di « fornire probabilmente le cifre più prossime al vero ».

Interpretazione dei risultati ottenuti attraverso la indagine della curva glicemica adrenalinica prima e dopo la cura di Salsomaggiore.

Dopo la cura di Salsomaggiore l'adrenalina ha determinato in quasi tutti i soggetti (ed in qualcuno molto nettamente) delle curve glicemiche più alte: anche il valore medio della glicemia massima raggiunta è stato più alto. Ciò vuol dire che nello stesso soggetto dopo la cura di Salsomaggiore l'adrenalina ha potuto più energicamente accelerare la glicogenolisi epatica e siccome in parte tale funzione è dovuta alla stimolazione dei centri del simpatico da parte dell'adrenalina, si può supporre che dopo la cura tale stimolazione sia stata più facile e più intensa.

E poichè nelle curve glicemiche dopo la cura si osserva che lo sbalzo iperglicemico è

(1) È doveroso da parte nostra esprimere qui il nostro grazie più sincero all'Istituto della Previdenza Sociale di Salsomaggiore ed in modo speciale al suo direttore sanitario prof. Zanelli, il quale, dandoci la possibilità di scegliere una gran parte dei soggetti fra la clientela abituale dei vari turni di cura, ci ha permesso di raccogliere una ricca casistica.

(1) Abbiamo adoperato in tutti i soggetti adrenalina Ricter.

sensibilmente più protratto nella sua durata, si può pensare che l'azione glicogenolisizzante epatica svolta dall'adrenalina è, dopo la cura di Salsomaggiore, più duratura e cioè di più lunga durata l'azione diretta dell'eccitamento simpatico su tale iperglicogenolisi.

Tutti questi dati, sufficientemente concordanti fra di loro, permettono di stabilire che le cure di Salsomaggiore sono capaci di creare nel soggetto uno stato di ipereccitabilità simpatica, la quale permette alla adrenalina di provocare una iperglicemia più alta e di più lunga durata.

Tale constatazione trova, come vedremo, una valida ed ancor più convincente conferma nello studio delle curve insuliniche.

Interpretazione dei risultati ottenuti attraverso la indagine della curva glicemica prima e dopo la cura di Salsomaggiore.

I dati fondamentali che si possono ricavare dall'esame delle curve glicemiche insuliniche eseguite nei nostri soggetti prima e dopo la cura sono essenzialmente i seguenti: con la cura di Salsomaggiore la insulina determina una ipoglicemia media lievemente più alta, il che equivale a dire che la curva glicemica insulinica è dopo la cura sensibilmente più piatta, perchè l'intensità dell'abbassamento massimo determinato è diminuita.

Secondo fatto molto importante messo in evidenza è che la durata di tale abbassamento ipoglicemico è dopo la cura meno protratta nel 60 % dei casi, mentre è invariata nel 26 % e più protratta in un esiguo 14 %.

Se noi ci riferiamo alla nozione ormai sperimentalmente acquisita che il ritorno della glicemia alla norma dopo la somministrazione di insulina avviene attraverso un meccanismo di eccitazione del sistema nervoso vegetativo simpatico, il quale crea una increzione di adrenalina in quantità notevole, che mobilita il glicogeno epatico per cui il tasso glicemico normale viene ripristinato, noi possiamo spiegare i fatti osservati con le nostre esperienze, e particolarmente il secondo (l'abbassamento ipoglicemico insulinico è dopo la cura meno protratto), pensando che la cura di Salsomaggiore sia capace di rafforzare tale meccanismo, determinando una più pronta eccitazione simpatica e conseguentemente una più rapida e valida mobilitazione di adrenalina. La cura di Salsomaggiore è capace, in altre parole, di eccitare il simpatico e tale constatazione concorda con la osservazione, intorno alla quale abbiamo già riferito, che l'adrenalina provoca dopo la cura una iperglicemia più alta e di più lunga durata.

Se noi passiamo per un momento rapidamente in rassegna quanto è stato già osservato intorno all'azione delle acque di Salsomaggiore sul sistema nervoso vegetativo, vediamo che i risultati finora conosciuti in questo campo concordano con i nostri: il nostro lavoro eseguito su più larga scala ed attraverso una indagine più ampia della questione, può rappresentare un conveniente e valido contributo alla chiarificazione di questo importante problema.

Pende è stato (come abbiamo già detto) uno dei primi a formulare il convincimento che le acque di Salsomaggiore agiscono attraverso il sistema nervoso vegetativo, oltre che per il tramite delle ghiandole a secrezione interna, ed il giudizio che su tale meccanismo la sua esperienza clinica gli permette di rilevare è esattamente il seguente. « Il fatto che lo iodio e gli altri alogeni contenuti nelle acque di Salsomaggiore svolgono un'azione rinforzatrice sulle reazioni torpide dei tessuti cronicamente infiammati od irritati, ci fa pensare che a questa riattivazione vitale debba prendere parte il sistema endocrino-simpatico ». In base alle prime osservazioni compiute da Pende in situ su malati curati a Salsomaggiore, egli pensa che possa aversi qualche volta all'inizio della cura una prima fase di esagerata eccitabilità del parasimpatico, ma che a questa fase del tutto passeggera, quando c'è, succede ben presto alla seconda od alla terza settimana di cura una fase di netto e prevalente simpaticotonismo. Del resto l'osservazione clinica ormai nota che le cure di Salsomaggiore agiscono in modo particolarmente benefico nei soggetti predisposti alle crisi congestizie dei vari organi ed alle malattie che insorgono sulla base di uno stato di ipersensibilità allergica, oppure affetti da forme morbose di rallentato ricambio, da manifestazioni catarrali torpide e croniche, da sindromi reumatiche, ecc., soggetti in cui prevale il vago ed il gruppo ormonico sinergico (insulina, corteccia surrenale e timo), è la più chiara conferma alla intuizione di Pende: i risultati delle ricerche sperimentali successive, particolarmente le nostre, depongono in questo senso. In questo senso depongono del resto anche le numerose ricerche sperimentali che, sulla via di tale cencezione clinica, si sono succedute nella nostra scuola ed a cui ho già in parte accennato.

De Blasi ed Introna, studiando attraverso la indagine del metabolismo basale l'attività della tiroide sotto la influenza delle cure di Sal-

somaggiore, hanno trovato che esse stimolano gli scambi gassosi, verosimilmente attraverso un eccitamento della ghiandola tiroide e conseguentemente del sistema nervoso vegetativo simpatico ad essa così intimamente legato in un armonico consenso funzionale.

De Blasi studiando la influenza della cura sulla tendenza idrofila tissurale, ha visto che essa determina un prolungamento del tempo di riassorbimento del pomfo, segno quindi che la tendenza idrofila dei colloidi tissurali si è notevolmente ridotta. Ricordando la importanza della tiroide e dell'ortosimpatico nel favorire i processi disidratanti dell'organismo (Antognetti), l'A. ammette che la cura agisca attraverso una attivazione della funzionalità tiroidea e più particolarmente del sistema endocrino-simpatico.

Gualco, dosando biologicamente la capacità vasocostrittoria, vasodilatatoria e linfagoga della cute, ha trovato che la cura di Salsomaggiore determina una accentuazione della reazione all'adrenalina e una riduzione di quella alla caffeina ed alla morfina, per cui si può pensare che sotto l'influenza della cura si verifica una variazione del neurotono vegetativo in senso simpatico-tonico.

De Bonis indagando la influenza delle cure di Salsomaggiore su alcuni riflessi vegetativi e sulla curva glicemica alimentare afferma che la cura eleva prevalentemente il tono vegetativo del simpatico, mentre in alcuni casi l'azione è eminentemente equilibratrice.

Da questa rapida e succinta rassegna possiamo vedere che tutte le ricerche sinora eseguite per dimostrare quale azione eserciti la cura di Salsomaggiore sul sistema nervoso vegetativo, sono concordi nell'ammettere, a conferma dell'intuizione clinica per il primo affacciata da Pende, che la cura agisce sull'organismo umano attraverso una prevalente e talora veramente costante esaltazione del tono vegetativo simpatico. Tutte le osservazioni eseguite clinicamente (dimagrimento, aumento prevalente del metabolismo basale, eccitazione della tiroide, ecc.) depongono in questo senso, come pure la constatazione che le cure di Salsomaggiore influenzano beneficamente sopratutto i soggetti con prevalenza del tono vagale e del gruppo ormonico sinergico, particolarmente predisposti od affetti da malattie di rallentato ricambio, manifestazioni catarrali torpide e croniche, sindromi reumatiche, forme morbose allergiche, ecc.

A tale osservazione conclusiva le nostre esperienze eseguite su più larga scala e con concetti sperimentali più ampi hanno portato una valida conferma.

RIASSUNTO.

Gli AA., indagando su 30 donne presentanti affezioni ginecologiche varie, il comportamento della curva glicemica adrenalinica ed insulinica prima e dopo le cure di Salsomaggiore, allo scopo di dimostrare quale influenza tali cure determinino sul sistema nervoso vegetativo, hanno fatto le seguenti osservazioni:

1) La elevazione massima della glicemia, che si ottiene iniettando 1 cc. di una soluzione di adrenalina al millesimo, è stata in media lievemente più alta dopo la cura;

2) La durata della iperglicemia adrenalinica è stata più protratta nel 74 % dei casi dopo la cura;

3) L'abbassamento della glicemia, che si ottiene iniettando 10 Unità di insulina, è stato in media meno intenso dopo la cura;

4) La durata della ipoglicemia insulinica è stata dopo la cura meno protratta nel 64 % dei casi.

Tutte queste osservazioni, particolarmente quest'ultima, sono chiaramente concordi nel dimostrare che le cure di Salsomaggiore sono capaci di determinare nell'organismo, nella maggiore parte dei casi, una esaltazione del tono simpatico.

È con tutta probabilità in questa importante azione modificatrice sul sistema nervoso vegetativo, oltre che nella influenza regolatrice ormonica, che si deve ricercare il fondamentale meccanismo di azione delle acque di Salsomaggiore.

RILIEVI E COMMENTI

Sulla emboloterapia della tubercolosi polmonare.

Riceviamo:

Signor Direttore,

messo in causa ne « Il Policlinico » (Sez. Pratica, N. 2 del 9 gennaio 1939) dal dott. Triolo a proposito del metodo embolico per la cura della tubercolosi polmonare, metodo di cui io sono l'autore, Vi prego di voler pubblicare, conformemente alle usanze, la lettera presente.

Io non ho l'intenzione di darmi ad una polemica, e mi contenterò di citare dei fatti. Il dott. Triolo dichiara che i suoi lavori risalgono al 1934, con pubblicazione nel 1936. Ricordi il dott. Triolo:

1) I miei lavori datano da prima del 1931, poichè un articolo è comparso nell'« Informateur Médical », N. 356 in data 15 marzo 1931. Tale articolo, pubblicato in seconda e in sesta pagina del giornale, portava come titolo: « *La solution du problème thérapeutique de la tuberculose pulmonaire et de ses localisations cutanées* » e come sottotitolo « *L'attractosélectine fixateur catalyseur de la Sanocrysine et de ses derivés* ».

L'articolo fissava il metodo embolico, le sue modalità di applicazione, il ruolo dei compensatori per combattere le reazioni, il ruolo del vettore per fissare nel capillare patologico il corpo antisettico destinato ad attaccare il bacillo di Koch e i suoi virus filtranti.

2) L'articolo conteneva inoltre qualche linea descrivente il ruolo del virus filtrante nell'eredità della tubercolosi, in contrasto con la teoria del contagio.

3) Per completare la prova che il mio metodo non ha niente a che fare con i lavori del dott. Triolo, che si basano sulla gelatina, io espongo la formula dell'Attractosélectine:

Iposolfito di sodio	Gr.	1
Iposolfito di magnesio	»	0,10
Glucosio	»	0,004
Fosfato basico di sodio	»	0,001
Fosfato basico di calcio	»	0,001
Fosfato basico di potassio	»	0,001
Tricloruro di ferro	»	0,001
Acqua	»	100

4) Aggiungo che il metodo embolico da me trovato e perfezionato non è limitato alla cura della tubercolosi. Alcuni esperimenti fatti in Francia e in Portogallo hanno generalizzato la sua azione nelle malattie infettive, nel cancro, nella lebbra, cambiando naturalmente l'antisettico veicolato con un corpo appropriato, specifico.

5) L'*Informateur Médical* non mi sembra un giornaletto di pubblicità; a fianco del mio articolo figurava uno studio di Marfan, e più lontano una serie di comunicazioni in extenso dell'Accademia di Medicina, delle Società degli Ospedali di Lilla, Montpellier, ecc. D'altra parte tale questione riguarda il dott. Crinon, suo direttore.

Vogliate gradire, Signor Direttore, i miei ringraziamenti e i miei distinti saluti.

Lione, 5 giugno 1939.

Dott. ANDRÉ BERNAY.

Signor Direttore de « Il Policlinico »,

poichè il dott. G. Triolo nell'articolo « L'emboloterapia nella cura della tubercolosi polmonare », apparso ne « Il Policlinico », N. 2 del 9 gennaio 1939, XVII, citava, oltre al dott. Bernay, anche il sottoscritto, così Vi prego di far seguire alla lettera del dott. Bernay anche questa mia.

Scriveva il dott. Triolo, in una nota di tale articolo, che « tanto il dott. Bernay che il dott. Locatelli hanno finto di non conoscere » i suoi lavori sull'emboloterapia. Mi permetto di far rilevare che l'espressione da lui adoperata non è certo molto cortese, nè d'altra parte egli poteva sapere se non era stato citato per « finzione » (leggi « mala fede ») oppure per « ignoranza » (leggi « buona fede »), oppure, come è in realtà, perchè non si riteneva, come non si ritiene, che il metodo Bernay avesse niente a che fare col metodo Triolo.

Dopo quanto spiega il dott. Bernay, sono lieto di poter aggiungere che il mio risentimento sull'inopportunità di cotale espressione cade di fronte alla posizione poco simpatica in cui viene ora a trovarsi il dott. Triolo; la stessa posizione, cioè, in cui egli credeva di mettere il dott. Bernay. *Qui gladio ferit...*

Con molti ringraziamenti e saluti fascisti.

Varese, 5 giugno 1939-XVII.

Dott. ATHOS LOCATELLI.

Rispondo per deferenza alla Redazione ed ai lettori del « Policlinico ».

La questione è semplice; il termine di *emboloterapia* o *terapia embolica*, la sua idea direttiva, il suo sviluppo scientifico appartiene a me o ad altri?

Nel marzo 1938 apparve in *Minerva Medica* un articolo del dott. Locatelli dal titolo *Chemioterapia embolica in tbc.* in cui si parlava

di un metodo di cura del dott. Bernay ed in cui si accennava ad una pubblicazioe nell'*Informateur Medical* del giugno 1936. Ho domandato alla Redazione una copia, mi si è risposto che non ne disponevano; nè d'altra parte era possibile trovare tale giornale nelle Biblioteche, perchè si tratta di un giornaletto pubblicitario, che viene distribuito gratuitamente. Dicendo ciò non intendo offendere nè il giornale, nè il suo direttore. In Italia pochi o nessuno conoscono questo giornale.

Siccome i miei lavori sull'Emboloterapia sono stati pubblicati nel *Policlinico* del gennaio 1936, e siccome il dott. Locatelli non ha fatto cenno dei miei studi e delle mie esperienze, ho creduto opportuno di far valere con lettera indirizzata a *Minerva Medica* i miei diritti di priorità.

Nè sono il solo a ritenere ch'io sia il primo a parlare di terapia embolica.

La *Presse Médicale*, giornale la cui importanza è nota a tutti, in un articolo di largo commento sull'Emboloterapia e dovuto al Redattore capo (9 maggio 1936) così si esprime:

« La méthode preconisée par le D. Triolo « parait meriter d'etre signalée quand ce ne « serait que pour son originalité, car c'est, « semble-t-il, la première fois qu'on tend à uti- « liser les embolies pulmonaires dans un but « thèrapeutique ».

Dunque alla *Presse Médicale, cioè in Francia stessa*, o non si conosceva nulla del dott. Bernay o se si conosceva qualche cosa, si riteneva che non aveva nulla da fare con la terapia embolica.

Oggi il dott. Bernay accenna ad un suo articolo comparso nello stesso *Informateur Médical* del marzo 1931 e che porta come titolo: *La solution du probleme thérapeutique de la tuberculose pulmonaire et de ses localisations cutanées*, e come sottotitolo: *l'attractoselectine fixateur catalyseur de la Sanocrysine et de ses derivéés.*

In tale titolo io non vedo nulla che abbia rapporto con l'embolia polmonare, e colla terapia embolica.

In quanto al contenuto dobbiamo contentarci di quello che fa sapere il dott. Bernay e cioè *il ruolo del vettore per fissare nel capillare il corpo antisettico,* [*ciò che porta ad una embolia parziale e passeggera a livello dei capillari alterati*] (1).

(1) Questa ultima proposizione che completerebbe, a mio parere, l'idea in discussione, non appare nello scritto odierno del dott. Bernay, ma si trova nell'articolo su citato del dott. Locatelli in « Minerva Medica ».

Io domando al dott. Bernay se è sicuro di quello che afferma e su che cosa basa tali affermazioni.

Le nozioni classiche sulla fisiopatologia dell'embolia polmonare poco si accordano con queste espressioni. Il *transito passeggero* attraverso i capillari polmonari non può costituire la terapia embolica; nè può esservi *embolia parziale* nei capillari alterati del polmone, perchè, se mai, la sovrapposizione dei globuli sanguigni, presto la renderebbe completa e definitiva.

Dice inoltre il dott. Bernay che *il suo metodo non si limita alla cura della tubercolosi polmonare, ma estende la sua azione alle malattie infettive, al cancro, alla lebbra, ecc.*

Or la terapia embolica è un metodo di cura locale per una malattia localizzata al polmone e perciò non si può parlare di terapia embolica per un metodo che si propone di combattere le malattie infettive, il cancro ecc. ecc.

Infine il dott. Barnay dice che: *il suo metodo non ha niente a che fare con i lavori del dott. Triolo.*

Lo credo anch'io: siccome però i miei lavori concernono esclusivamente le emboloterapia della tubercolosi polmonare, io ritengo che il dott. Bernay vuol dare al suo metodo un titolo che non è giustificato in nessun modo.

E così ho risposto implicitamente anche al dott. Locatelli.

Roma, 28 luglio 1939.

Dott. GASPARE TRIOLO.

Con questo, data la parola a tutti e tre gli AA., consideriamo la polemica definitivamente chiusa. *La Redazione.*

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Le radiografie in serie nella lotta contro la tubercolosi.

È ormai pacifico che — nelle condizioni attuali — la lotta contro la tubercolosi deve essere essenzialmente imperniata sulla diagnosi precoce su cui, appunto, sono state impostate le campagne antitubercolari in Italia, nello scorso anno ed in questo. Soltanto con una diagnosi precoce è possibile una terapia efficacemente attiva; si ottiene così, oltre al vantaggio di salvare delle vite e di ridurre al minimo il periodo d'invalidità, quello di inaridire al più presto la sorgente d'infezione e di impedire così l'apporto di bacilli nell'ambiente.

Non sempre bastano, però, per la diagnosi precoce i segni clinici, spesso vaghi ed incerti, sicchè l'esame clinico va integrato con quello radiologico. Ma anche questo non potrà dare i risultati necessari per un'efficace lotta contro la tubercolosi se viene fatto soltanto su individui, che si presentano spontaneamente al medico od al dispensario, perchè il fatto stesso di richiedere dei consigli al sanitario indica che la malattia ha già fatto dei progressi, che possono anche essere abbastanza avanzati, come dimostrano i numerosi casi di tubercolosi ignorata, anche in individui dall'aspetto florido, persino in atleti in piena attività.

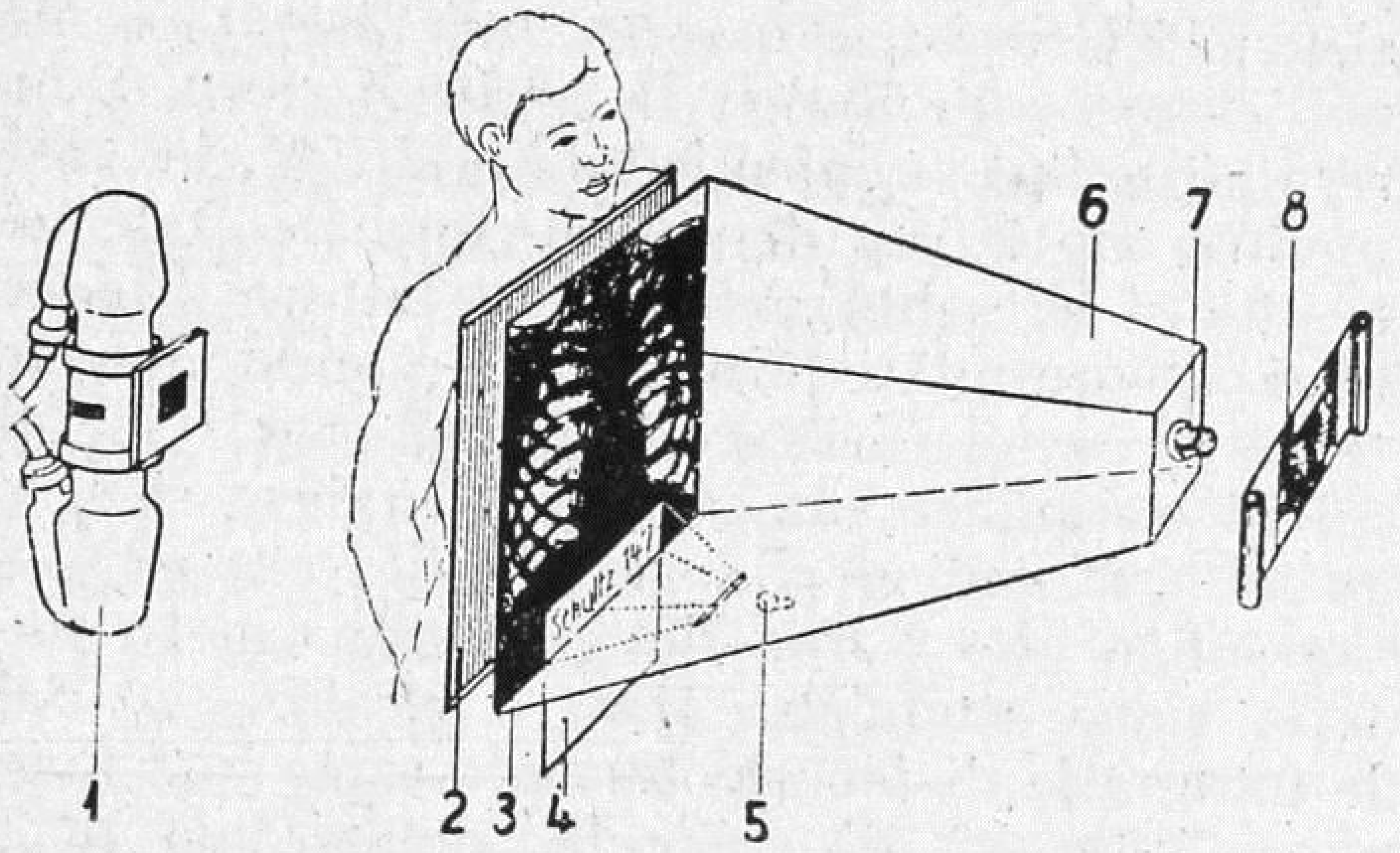
Agli scopi della lotta sociale, è quindi necessario ricorrere agli esami radiologici di individui apparentemente sani, il che si sta facendo in vari paesi per determinati gruppi di popolazione (studenti, infermiere, soldati, ecc.). Programma ancor più vasto, che si vorrebbe attuare in Germania, è quello di esaminare tutta la popolazione, in modo da stabilire un vero « catasto » dei tubercolosi.

È ovvio che un lavoro di tal genere, sia pure limitato ad alcuni gruppi di popolazione, è improbo e lungo. Un medico bene esercitato può arrivare ad eseguire 50 esami radiologici in un'ora. A prescindere dagli errori possibili in esami così affrettati, è evidente che tale lavoro non può essere continuato per più di due ore, perchè intervengono i fenmeni di stanchezza della retina e l'attenuazione dei poteri di attenzione concentrata. Con quattro ore al giorno (2 al mattino ed altre 2 nel pomeriggio) un medico può quindi arrivare ad un massimo di 1200 esami alla settimana; ma non è possibile continuare oltre un lavoro così intenso, anche per l'effetto nocivo di rimanere continuamente ed a lungo esposto ai raggi X.

Sono quindi stati studiati altri sistemi per arrivare ad un maggior numero di esami, mettendo anche in opera la suddivisione del lavoro, nel senso di fare delle prese radiografiche quasi automatiche, che vengono poi esaminate con comodo dal medico. Sono così stati allestiti degli apparecchi, con cui è possibile ottenere delle radiografie direttamente su carta. Secondo Heisig, che è stato l'ideatore di quello tedesco (uno consimile era stato costruito in precedenza agli S. U. A.), è possibile ottenere con esso fino a 300-400 prese all'ora. Il funzionamento è completamente automatico; il consumo in tubi Roentgen è limitato, poichè con uno solo si arriva ad ottenere 20.000 prese.

Il sistema, però, nelle applicazioni per grandi masse, ha l'inconveniente del costo (che si calcola in Germania di circa 1 RM. per ogni presa), oltre a quello dell'enorme cumulo di documenti, che si verrebbe così ammonticchiando.

Si è pertanto pensato a ridurre l'immagine Roentgen e proiettarla con un luminoso condensatore, su un film di piccolo formato (75 × 75 mm., 50 × 50 mm., 24 × 24 mm.). Si fanno così, pure con dispositivi automatici 150-200 prese all'ora, che possono poi venire comodamente esaminate dal medico, proiettando il film sopra uno schermo (40 × 40 cm.), in un ambiente da cui, quindi è escluso ogni pericolo delle radiazioni.



Schema dell'apparecchio di presa (da Franke)
1. Tubo Röntgen protetto. — 2. Diaframma a griglia fina. — 3. Schermo di proiezione. — 4. Etichette col nominativo dell'individuo con: 5. relativo illuminatore. — 6. Raccordo. — 7. Obbiettivo. — 8. Film.

Usando il formato più piccolo, per cui possono utilizzarsi le pellicole cinematografiche e le bobine (24 × 36 mm.) in uso per gli apparecchi di piccolo formato, la spesa viene ridotta al minimo. In questo caso, la spesa (secondo Janker) si riduce a 1375 RM. per 100.000 persone, cioè a RM. 13,75 per 1000; economia enorme in confronto delle prese dirette su carta (che per lo stesso numero arriverebbero a costare 1000 RM.); si ha inoltre il vantaggio che, mentre 1000 prese su film di piccolo formato stanno comodamente in tasca, quelle su carta pesano 45 kg.; si capisce l'ingombro che rappresenterebbe una raccolta del genere per una grande città.

In confronto, poi, dell'esame radiologico diretto, si ha il vantaggio che, nella proiezione del film — per l'effetto Callier — si rendono più evidenti i contrasti, mentre migliorano le condizioni fisiologiche per l'osservatore, a causa dell'intensità luminosa che è circa 1000 volte maggiore che con l'esame radiologico (0,1 Lux).

L'esame delle prese così fatte in una giornata — che può calcolarsi a 1200 — può essere eseguito in 1-2 ore. La prima ricerca in grande è stata fatta in Germania, in occasione della « Giornata del Partito », con l'esame di 10.000 uomini in una settimana, nei quali si è trovato il 9 % di sospetti di tubercolosi, col 0,07 % di sospetti di caverne. Ulrici, nelle sue numerose ricerche, ha trovato il 0,3 % di tubercolosi aperte e 0,74 % di tubercolosi attiva chiusa. De Abreu, a Rio de Janeiro, ha trovato 0,3 % di forme cavitarie, 2,2 % di forme estese, 0,5 % di quelle di media gravità, 1,5 % di forme discrete e 0,3 % di forme cicatriziali; in complesso 5,3 % di forme polmonari.

Sempre, secondo Ulrici, le prove comparative fatte con l'esame radiologico diretto e le prove su carta in grande formato, hanno dato concordanza nel 91 % per tutte e tre; di 92 % fra esame radiologico e prove su carta e 94 % fra queste ed il film di piccolo formato.

Però, non tutti gli autori che si sono occupati della questione sono convinti fautori del sistema. Griesbach osserva, per esempio, che nell'esame radiologico in serie si deve ricorrere ad esami supplementari nell'1 % dei casi, mentre con i film di piccolo formato, tale necessità si presenta nel 5 %; il fattore d'incertezza è, quindi, quintuplo. Secondo Janker, tenuto conto che nel 12 % dei casi (cioè in quelli semplicemente sospetti) si deve ricorrere ad una radiografia grande, il vantaggio economico che è uno dei pregi di questo metodo viene attenuato. Inoltre, il processo delle fotografie di piccolo formato esige una maggiore intensità di corrente, donde una maggiore usura dei tubi Roentgen.

Un giudizio sulla pratica attuabilità dei diversi metodi può darsi soltanto quando si considerino gli scopi che si perseguono. L'esame radiologico diretto sarà sempre il procedimento di scelta quando il numero degli individui da visitare è relativamente limitato, in modo da permettere un esame abbastanza ponderato. Ben diverse sono le cose quando si voglia procedere al mastodontico lavoro di lunga lena, che è l'esame di intere masse di popolazione, oltre che di certi gruppi determinati. In tali condizioni, sembra che la fotografia delle proiezioni su film di piccolo formato possa rendere realmente buoni servigi, perchè permette di eliminare la gran massa dei polmoni senza lesioni, sicchè l'esame più accurato può poi concentrarsi su quelli realmente malati o fortemente sospetti, che sono relativamente pochi. È indubitato che errori possano commettersi e, del resto, è assai dubbio che con l'esame radiologico diretto, al ritmo di 50 all'ora (cioè meno di un minuto l'uno), la proporzione dei casi incerti sia appena dell'1 %. Per dimostrare che in certi casi il metodo della fotografia della proiezione su film è infedele, Griesbach — riporta — accanto a radiografie in cui esso risulta superiore perchè maggiormente contrastato — altre in cui risulta l'incapacità di tale sistema a mettere in rilievo certe lesioni.

Ma questo non fa che confermare quanto si è detto sopra, che il metodo non è destinato a sostituire i consueti esami radiologici, mentre può essere utile come un grande crivello su intere masse di popolazione, allo scopo di scoprire delle forme di tubercolosi ignorate. Con esami più approfonditi, integrati eventualmente da altre ricerche, si potrà procedere in seguito per i casi risultati sospetti, in modo da arrivare ad una diagnosi fine, con la persuasione che con questo come con altri metodi qualche errore si commetterà e qualche lesione potrà sfuggire. In tal senso, il metodo potrà rendere utili servigi, anche senza arrivare al mastodontico programma dell'esame di tutta una grande nazione. Un'utile applicazione esso potrà trovare nell'esame di determinati gruppi, all'atto dell'assunzione in servizio (soldati, lavoratori, infermieri, ecc.) anche per escludere che si pretestino poi come dipendenti da causa di servizio delle lesioni tubercolari preesistenti.

A. FILIPPINI.

BIBLIOGRAFIA.

M. DE ABREU. *Verfahren und Apparatur zur kollektiven Röntgenphotographie (Indirekte Röntgenaufnahme)*. Zeit. f Tubk., giugno 1938.

R. GRIESBACH. *Die Kleinbild-Schirmphotographie. Ihre derzeitige Bedeutung unter den Methoden der Reihenuntersuchungen des Brustkorbes*. Ib., apr. 1939.

R. JANKER. *Leuchtschirmphotographie, Röntgenreihenuntersuchung*. J. A. Barth., ed. Leipzig, 1938.

HOLFELDER e BERNER. *Stand und Aussichten der Kleinbildphotographie vom Röntgenschirm unter Berucksichtigung der Erfahrungen mit dem Röntgenreihenbildner im SS. Lager, Nürberg*. Münch. me. Wochens., 1938, n. 47.

W. BÖHME *Zur Frage des Grossangriffs auf die Tuberkulose mit Hilfe der Schirmbildphotographie*. Verh. dtsch. Röntgen-Ges., dic. 1938.

H. ULRICI. *Mit der Röntgenmusterung auf der Suche nach der unbekannten Tuberkulose*. Dtsch. med. Wochens., 2 giugno 1939.

H. FRANKE. *Die technischen Mittel der Leuchtschirmphotographie*. Ibidem.

NOTE BIOGRAFICHE

WILLIAM JAMES MAYO

(1861-1939)

Ad appena due mesi di distanza dalla morte di Charles H. Mayo, un'altra ferale notizia ci giunge da Rochester: il 28 luglio è mancato anche il fratello William J. Mayo: uniti nella vita e nel lavoro, i due famosi chirurgi non sono rimasti a lungo lontani anche al di là della vita.

Il dott. William Mayo era nato a Le Suer, Minnesota, il 29 giugno 1861. Laureatosi nel 1883, iniziò il suo lavoro professionale a Rochester, e in questa città svolse in seguito il suo luminoso cammino. Rochester era allora un piccolo centro, dotato di un primitivo ospedale organizzato dal padre di William, medico anch'egli. Da questo ospedale doveva, per l'intenso lavoro e la profonda passione dei due fratelli, sorgere la clinica modello che oggi la scienza medica di tutto il mondo onora come uno dei suoi fari più luminosi.

Ricordare William Mayo e tratteggiare la storia della sua opera non è possibile senza ricordare suo fratello Charles. Quando il nostro pensiero di medici va alla grande clinica americana, che noi chiamiamo per abitudine « la Clinica dei Fratelli Mayo », il nostro animo non può non sentire un profondo senso di emozione di fronte allo spettacolo di queste due vite profondamente unite nel lavoro e negli affetti, tutte tese a sostenersi a vicenda e ad edificare in comune la loro opera grandiosa.

Tessere qui l'elogio della Clinica di Rochester — il che equivale a tessere l'elogio dei due Mayo — è certamente superfluo, poichè ogni medico cólto ha presenti i meriti di questa meravigliosa organizzazione. L'enorme numero di malati assistiti, il rigore e il valore dei contributi che essa apporta ogni anno al progresso medico, non abbisognano di nuove testimonianze. Chiunque abbia avuto la fortuna di seguire personalmente il lavoro compiuto a Rochester, ne serba un ricordo incancellabile. Oltre all'opera di assistenza, la Clinica Mayo compie ormai da molti anni, attraverso la « Mayo Foundation », un'opera di educazione medica che le ha valso il riconoscimento universitario e che richiama allievi da tutti i paesi del mondo.

I contributi personali che William Mayo ha portato alla Chirurgia sono del più alto valore. Benchè egli si sia occupato di tutti i campi della chirurgia generale, è soprattutto nel territorio degli interventi addominali che la sua traccia rimane più luminosa. Le sue pubblicazioni scientifiche raggiungono il numero di 600. Il ricordo di chi lo ha personalmente conosciuto è di una impressione indimenticabile di elevatezza morale e di umana semplicità.

Onori e riconoscimenti gli furono tributati da ogni parte del mondo. Fu Presidente della Associazione Medica Americana, Membro di innumerevoli Accademie straniere. È grato per noi ricordare che la nostra Accademia Medica Romana si onorava di averlo fra i suoi Soci. Ma forse soprattutto dolce al suo cuore era la gratitudine che saliva a lui dalle migliaia di esseri che la sua scienza e la sua bontà avevano beneficato, e che oggi piangono sulla sua bara. Certamente più dei titoli e degli onori lo inorgogliva il fiorire dell'opera che egli aveva creato, opera tra le più belle che esistano, di scienza, di bontà e di fratellanza umana.

Cesare Frugoni.

SUNTI E RASSEGNE

TUMORI.

Le grandi sindromi dolorose del cancro del collo dell'utero inoperabile o recidivato.

(Duguing J. *Technique Chirurgicale*, n. 6, novembre-dicembre 1938).

L'A. innanzi tutto distingue vari tipi di dolore nel cancro del collo dell'utero.

1) Dolori pelvici diffusi, o a tipo simpatico: sono dolori vivi, diffusi, dei quali spesso non viene data una localizzazione precisa. Le malate li riferiscono al bacino, al ventre, ai reni, al perineo, alle natiche, alla vescica, al retto, alla vulva, accusando una o più di queste localizzazioni.

Generalmente all'esame ginecologico si trova una recidiva a livello dei parametri.

2) Dolori a tipo tronculare, o a tipo nevralgico: sono dolori a crisi intermittenti che colpiscono gli arti inferiori. All'esame vaginale e rettale si palpano i parametri infiltrati e si rilevano grosse adenopatie contro la parete laterale del bacino o contro la concavità sacrale. A lungo andare le crisi si avvicinano e si uniscono con i dolori del tipo precedente.

3) Dolori ossei vertebrali, o dolori pseudopottici: sono riferiti ad una o più vertebre e corrispondono a metastasi vertebrali. In alcuni casi possono terminare con la classica paraplegia dolorosa di Charcot.

4) Dolori ossei diffusi, o a tipo reumatico: sono rari e dovuti a metastasi scheletriche.

5) Dolori uterini, o a tipo piometrale: sono coliche più o meno lunghe e più o meno riavvicinate che culminano spesso con la espulsione di pus o di liquame ematico. All'esplorazione si trova un utero grosso e dolente. Spesso si ha febbre.

6) Dolori complessi: risultano dalla mescolanza dell'uno o dell'altro dei tipi precedenti.

Quindi l'A. passa a trattare le basi anatomofisiologiche e la diagnosi di queste diverse sofferenze, la cui conoscenza è necessaria per passare ad un trattamento razionale. I dolori a tipo simpatico sono dovuti alla compressione o all'invasione dei nervi e del plesso simpatico ipogastrico. I dolori a tipo nevralgico sono dovuti alla irritazione dei nervi crurali, femore-cutaneo, otturatorio, sciatico. I dolori vertebrali o pseudoreumatici sono veri e propri dolori ossei. I dolori a tipo uterino sono dovuti alla tensione cui è sottoposta la parete

dell'utero disteso dal contenuto purulento. I dolori di tipo complesso hanno un meccanismo non sempre precisabile, ma generalmente derivano da irritazione estesa dei nervi simpatici e dei nervi cerebro-spinali.

Nella parte terza del lavoro sono passati in rassegna i metodi terapeutici adottati contro questo genere di sofferenze, spesso lunghe e sempre gravi. Viene così fatta parola e viene fatta una critica obbiettiva delle cure con analgesici, dell'uso degli analgesici locali, delle iniezioni neurolitiche, delle cure fisiche, dei metodi chirurgici che consistono: nel drenaggio uterino, nell'isterectomia, nelle simpaticectomie, nelle radicotomie, nella mielotomia trasversale, nella cordotomia, nella sezione della commessura posteriore.

L'A. termina esprimendo le sue vedute personali sul trattamento dei dolori in questione. Nei dolori a tipo simpatico consiglia la resezione del n. presacrale, alla quale si deve aggiungere la simpaticectomia periipogastrica, periiliaca e periaortica se i dolori oltrepassano il piccolo bacino e si diffondono al perineo, alle fosse iliache, all'addome. Nei dolori a tipo nevralgico ben localizzati si può tentare una iniezione neurolitica trans-sacrale o paravertebrale e, se questa fallisce, una radicotomia posteriore; se invece i dolori provengono dalle lesione di un intero o di due plessi, sembra indicata la cordotomia antero-laterale. Nei dolori a tipo complesso si può ricorrere alle iniezioni intrarachidee di alcool (Dogliotti), alle resezioni larghe del simpatico (Leriche). alla cordotomia uni- o bilaterale. Nei dolori vertebrali: roentgenterapia e apparecchio gessato. Nei dolori ossei pseudoreumatici si può tentare, condizioni permettenti, una terapia con irradiazioni totali. Nei dolori da piometra è indicata la dilatazione del collo uterino oppure, se questa è impossibile, la isterectomia.

RUGGIERI.

Il cancro del pulmone e della pleura.

(A. T. EDWARDS. *Practitioner*, luglio 1939).

Negli ultimi tempi la frequenza del cancro del pulmone è notevolmente aumentata. È probabile che il fenomeno non sia tutto reale in relazione al fatto che oggi la diagnosi di tale affezione si fa più facilmente, ma non si può escludere che il numero dei casi di cancro del pulmone sia effettivamente aumentato non solo in senso assoluto, ma anche in rapporto alla frequenza dei carcinomi con altre localizzazioni e dei sarcomi pulmonari che rimangono sempre più rari.

Il punto di partenza della neoplasia trovasi nei bronchi, tanto che sarebbe più proprio parlare di cancro bronchiale. Si è ritenuto da qualcuno che potessero originarsi anche negli alveoli, ma indagini più recenti hanno dimostrato che anche quando sembra che il cancro si inizi negli alveoli effettivamente ha origine nei bronchioli.

Quando il cancro ha origine dai bronchioli è costituito da una massa solida, nel centro della quale può svilupparsi un processo necrotico che dà al tumore l'aspetto di un ascesso pulmonare. Quando invece ha origine in grosso bronco il tumore determina l'occlusione del bronco stesso con la conseguente atelectasia o collasso dell'area pulmonare distale, che quando s'infetta può dare origine ad ascesso pulmonare, ad empiema o bronchiectasia.

Le metastasi si verificano dapprima nelle glandole linfatiche che circondano i bronchi, poi in quelle ilari ed infine in quelle situate nella biforcazione tracheale o intorno alla trachea. Nella fase terminale si possono riscontrare metastasi nelle regioni sopraclavicolari ed anche in quelle ascellari. Non di rado si hanno riproduzioni secondarie nel cervello: i sintomi di un tumore cerebrale possono costituire i primi segni di un cancro bronchiale. Da ciò la necessità di praticare sempre l'esame radiologico del torace in ogni caso di tumore cerebrale. Si possono inoltre avere metastasi nelle surrenali. Quelle della pleura naturalmente hanno solo un interesse accademico.

Per quanto utile ai fini terapeutici la diagnosi precoce del cancro pulmonare è molto difficile. In genere la diagnosi si fa solo quando già si sono prodotte metastasi, che di solito determinano manifestazioni cliniche ben più evidenti di quelle del focolaio primitivo: congestione ed edemi degli arti superiori, del capo, del collo prodotti dall'ingrossamento delle glandole mediastiniche, improvvisa perdita della voce da paralisi di una corda vocale prodotta da lesione del ricorrente inglobato da una messa neoplastica vicina all'arco dell'aorta. In un notevole numero di casi l'anamnesi mette in evidenza significative modificazioni dello stato generale e chiare indicazioni sulla sede del processo morboso.

L'emottisi è il disturbo più importante. Nella fase iniziale del cancro è così scarsa (leggera striatura dello sputo) da non essere presa in considerazione. I pazienti, e purtroppo anche i medici, sogliono attribuirla a lesioni senza importanza della gola o delle gengive.

Non di rado la malattia si inizia con una forma infettiva acuta a tipo influenzale tanto che si è perfino considerata l'influenza come un fattore etiologico del cancro pulmonare. Si tratta di una forma febbrile accompagnata da espettorazione muco-purulenta derivante da un bronco parzialmente bloccato dal cancro. Perciò devono ritenersi sospette tutte queste così dette forme d'influenza, specie in individui anziani, le quali hanno una lunga convalescenza o stentano a guarire.

La tosse è un sintoma di molte lesioni pulmonari, ma quella del cancro è particolarmente insistente e non è accompagnata, di solito, da espettorazione.

La dispnea si verifica in una fase piuttosto avanzata della malattia: dipende da aderenze del tumore alla parete toracica o dalla fissazione del mediastino, o anche da versamento pleurico.

Nel cancro pulmonare si può avere dolore toracico diffuso. Se è localizzato, intenso ed accompagnato da alterazioni sensitive della cute depone per la diffusione del tumore alla parete toracica.

Il deperimento non è costante. Vi sono pazienti nei quali il peso del corpo rimane a lungo stazionario e ve ne sono anche di quelli che aumentano di peso fino alla fase terminale della malattia. Nei casi che si iniziano con febbre il peso può rapidamente diminuire e poi crescere di nuovo, il che concorre a deviare dalla giusta diagnosi.

Per quel che riguarda l'evoluzione della malattia si distinguono due gruppi principali di casi: 1) casi nei quali si hanno per parecchi anni manifestazioni di bronchite o di altri processi toracici cronici, e nei quali le prime manifestazioni del cancro sono relativamente insidiose; 2) casi senza alcun precedente di affezioni toraciche e nei quali i sintomi del cancro compaiono improvvisamente. Per il primo gruppo la diagnosi si fa solo quando la neoplasia è molto avanzata, mentre per il secondo è più facile fare una diagnosi relativamente precoce.

Il cancro, come l'ascesso pulmonare, la tubercolosi, ed altre affezioni localizzate profondamente, può essere semeiologicamente silente. Segni fisici molto rilevanti si hanno solo quando l'occlusione di un bronco produce l'atelettasia di un lobo o di tutto un pulmone o nel caso di versamento pleurico.

La diagnosi di carcinoma pulmonare si basa essenzialmente su l'esame radiologico, su l'esame dell'espettorato e su la broncoscopia.

L'esame radiologico dà reperti differenti a seconda che si tratta di forme bronchiali o bronchiolari. Nella prima quando l'occlusione del bronco è completa il lobo pulmonare o tutto il pulmone appare uniformemente opacato; il cuore e il mediastino sono spostati verso il lato affetto. Quando il tumore è piccolo si ha un'ombra rappresentante la parte di pulmone collassata e priva di aria. Nelle forme bronchiolari l'ombra è generalmente più periferica, rotonda e circondata da un alone di tessuto pulmonare più chiaro. In tal caso l'ombra corrisponde al tumore, al centro del quale si può vedere talvolta una parte necrosata prendendo così l'aspetto dell'ascesso pulmonare.

L'esame broncografico ossia l'esame radiografico praticato dopo l'introduzione di sostanze opacanti nel bronco mette in evidenza la deformazione ed il punto di occlusione del bronco. Nelle forme bronchiolari l'area del pulmone infiltrato dal neoplasma appare non riempita dalla sostanza opacante.

L'esame microscopico dell'espettorato in un buon numero di casi fa rilevare la presenza di cellule cancerigne.

Nel caso di versamento pleurico si possono riscontrare tali cellule nel sedimento di una notevole quantità di liquido centrifugato.

La broncoscopia consente l'accertamento del cancro nel 70 % dei casi quando il tumore è localizzato nei bronchi principali o all'inizio dei bronchi secondari.

La diagnosi differenziale con i tumori o altre affezioni del mediastino si basa sul fatto che in queste ultime condizioni prevalgono i fenomeni dipendenti dalla compressione delle parti contenute nel mediastino stesso e particolarmente delle grandi vene (edema degli arti superiori, capo e collo), nonchè della trachea (dispnea) e dell'esofago (disfagia).

Nella grande maggioranza dei casi il carcinoma della pleura è secondario a quello pulmonare. Si manifesta con dolore locale e sopratutto con dispnea dovuta al versamento che può essere semplice o ematico.

I recenti perfezionamenti della tecnica della chirurgia toracica rendono più facili gli interventi sul pulmone. Da ciò l'utilità della diagnosi precoce del cancro pulmonare.

Nelle forme inoperabili la radioterapia con applicazioni intrabronchiali produce un netto miglioramento sintomatico. Il bronco occluso può diventare pervio; si ha quindi l'evacuazione della secrezione raccolta che è la causa del malessere, della febbre e degli altri sintomi di riassorbimento tossico.

L'efficacia della roentgenterapia profonda è più discutibile.

I sintomi più molesti del cancro pulmonare nella fase avanzata e quindi non sempre trattabile chirurgicamente sono la dispnea e il dolore.

La dispnea quando è dovuta alla fissazione del neoplasma alla parete toracica o all'ilo può essere curata con il riposo, e con la toracentesi periodica quando è dovuta a versamento pleurico.

Il dolore si calma con la morfina ed eventualmente con l'alcoolizzazione dei nervi intercostali quando è localizzato alla parete toracica. Dr.

AFFEZIONI CUTANEE.

Orticaria cronica.

(N. Burgess. *British med. Journ.*, 1° aprile 1939).

L'argomento dell'orticaria cronica si presenta molto interessante sia perchè, trattandosi di una malattia di natura complessa e spesso di lunga durata, rappresenta un problema difficile, sia perchè ancor più che ogni altra affezione cutanea è strettamente connesso con la medicina interna. Per quanto riguarda il meccanismo di produzione, si osserva che

esso consta della liberazione di quantità relativamente grandi di sostanza H, come risultato della lesione cellulare; questa, a sua volta, può essere prodotta in vari modi, di cui uno è la reazione antigene-anticorpo.

Teorie sulla patogenesi.

Si ritiene che la tossina a cui è dovuta l'orticaria possa essere assorbita da *foci* infettivi (denti, naso, ecc.); in altri casi, il paziente soffre di orticaria con l'esposizione al freddo, il che è dimostrato dovuto alla presenza di dermolisina nel sangue, che si unisce alle cellule a bassa temperatura e le lisa con l'aumento di questa, liberando la sostanza H.

Un'altra causa dell'orticaria, probabilmente più frequente di quanto si pensi è lo « shock » emozionale. Secondo Stokes e Pillsbury, si avrebbe in tal caso una diminuzione della secrezione di acido cloridrico nello stomaco, che porterebbe ad un aumento dei bacilli di Welch nell'intestino, con liberazione di sostanze istamino-simili, a cui l'organismo reagirebbe con la triplice risposta. Come ulteriore risultato della diminuzione di acido cloridrico, si avrebbe diminuito assorbimento di calcio dagli alimenti. Inoltre, la diminuita secrezione pancreatica ed intestinale darebbe imperfetta digestione delle proteine, con assorbimento di prodotti anormali del clivaggio delle proteine dal tratto intestinale e sensibilizzazione del paziente agli alimenti ed alle proteine batteriche. Secondo un altro punto di vista, la liberazione di istamina, come risultato della reazione antigene-anticorpo è accompagnata da uno « shock » emozionale; la frequente ripetizione di tale condizione porterebbe ad un riflesso condizionale, per cui l'emozione stessa, anche in assenza di allergene, porterebbe alla liberazione di istamina.

La proteina, assorbita per lo più dal tratto alimentare ed entrata immodificata nel sangue, raggiunge i tessuti sensibilizzati e produce la reazione antigene-anticorpo. Questo si avvera specialmente in casi di ipocloridria o di deficiente potere proteopessico del fegato. I prodotti di scissione della proteina derivanti da incompleta digestione, oppure quelli dovuti all'azione dei batteri sulle proteine possono essere assorbiti e sfuggire all'azione disintossicante del fegato, se questo è deficiente.

L'importanza del potere disintossicante e proteopessico del fegato è stata messa in luce anche da Oriel il quale trovò, durante gli accessi di orticaria e di edema angioneurotico, un forte aumento della sostanza (proteoso-simile, che va sotto il suo nome (che precipita trattando con un eccesso di alcool l'estratto etereo dell'urina). In certe malattie allergiche, ivi compresa l'orticaria, tale proteosi contiene l'haptene specifico a cui si deve la reazione, sicchè questa può essere determinata sperimentalmente coll'iniezione di quello.

Altro fattore di grande importanza è l'ereditarietà che include, come è noto, tutto un gruppo di malattie (orticaria, asma, febbre da fieno, prurigo, emicrania). La tendenza ereditaria sarebbe da attribuirsi all'assenza dell'istaminasi, fermento che distrugge l'istamina. L'aumento degli aminoacidi, trovato da Barber ed Oriel nel sangue e nell'urina di tali individui, sarebbe una conferma di tale teoria.

Studio della casistica.

L'A. ha studiato 58 casi consecutivi. Prevalgono, in essi, le donne, il che starebbe a dimostrare l'importanza del fattore emozionale che in esse è più attivo. La maggior parte dei casi (49) si trova nel gruppo di età fra i 20 ed i 60 anni e specialmente fra i 30 ed i 40. Questo è dovuto probabilmente a diversi fattori: maggiore frequenza in tali età delle infezioni focali, della dispepsia e degli strapazzi nervosi ed emozionali.

In questo gruppo, sono stati rilevati i seguenti fattori: eredità 9 casi; *foci* nei denti 15, nel naso e gola 11, sensibilizzazione a cibi 6, dispepsia 9. Due pazienti peggioravano con l'esposizione al freddo, in 6, la condizione era secondaria ad eczema ed era probabilmente determinata dalla distruzione di cellule epidermiche.

In 3 casi, si scoprì un fattore psicologico. In molti casi, vi era associazione di più fattori. In 30 si avevano anomalie associate col tratto alimentare.

La terapia.

In una condizione così complessa come l'orticaria, non è possibile praticare una terapia razionale seguendo una sola direzione, ma è necessario tener presente diversi fattori.

1) *Fattore eziologico*. La scoperta di *foci* infettivi ed il relativo trattamento razionale possono dare guarigioni che hanno del maraviglioso, come due dei casi riferiti dall'A.

È inoltre necessario che il paziente noti giornalmente i diversi alimenti e bevande presi e lo stato dell'eruzione. Rimane così più agevole il riconoscere la possibile sensibilizzazione ai cibi. Nei casi di imperfetta digestione delle proteine derivante da ipocloridria, la somministrazione di acido cloridrico ai pasti è spesso efficace. Altre volte può essere messo in luce il fattore psicologico, come dissensi famigliari, dispiaceri e simili; in tali casi, il dimostrare al paziente tale influenza, unitamente all'applicazione di qualche cura, agisce come un trattamento psicoterapico. Nei casi secondari ad eczema, il trattamento della malattia cutanea sarà indubbiamente giovevole.

2) *Considerazioni teoretiche*. L'A. si riferisce soprattutto alle vedute di Oriel sopra accennate. Questo autore ha trovato che, poco prima e durante gli accessi, vi è una caduta dei cloruri del sangue, mentre nell'urina si ha

aumento dell'acidità libera, dell'escrezione di ammoniaca, di aminoacidi, di azoto non proteico e del peso specifico, con precipitazione di urati col raffreddamento; passato l'accesso, si ha il viceversa con notevole diuresi ed urina alcalina. Tali cambiamenti sarebbero da attribuirsi a disturbi della funzione epatica (vi è anche positiva la van den Bergh), mentre l'aumento di escrezione di ammonio e la ritenzione dei cloruri sarebbero un meccanismo protettivo. In base a tali considerazioni. Oriel consiglia l'adozione di una dieta latto-vegetariana, la somministrazione di ammonio (carbonato) e di glucosio. L'A., però, non ritiene conveniente di modificare la dieta del paziente a meno che non si sia trovata una sensibilizzazione specifica.

3) *Desensibilizzazione.* Può essere eseguita con vari mezzi. È noto quello di somministrare poco prima del pasto una minima quantità del cibo incriminato, di peptone, oppure di vari peptoni unitamente ad iposolfito di sodio e magnesio. Un altro metodo consiste nelle iniezioni intradermiche della proteosi preparata dall'urina eliminata durante o subito dopo un attacco di orticaria; generalmente, l'A. ne somministra cmc. 0,1 di una soluzione di 1/1.000.000 ogni 5-7 giorni.

Un altro metodo di desensibilizzazione consiste nell'autoemoterapia (5-10 cmc. di sangue estratti dalla vena del paziente ed iniettati subito intramuscolarmente). Come agisca tale terapia è tuttora oscuro; sta il fatto che essa può essere efficace e che nei casi che rispondono bene al trattamento, l'A. ha osservato come la reazione alla propria proteosi sia, nella paziente, positiva prima della cura e diventi negativa dopo.

Come risultati della cura, l'A. accenna a quelli ottenuti in 33 casi, per i quali si ebbe: guarigione completa in 22; miglioramento notevole (da gravi accessi tutti i giorni, a qualche lieve accesso occasionale) in 5; 2 non migliorati; 4 perduti di vista. I risultati migliori si sono avuti col trattamento eziologico (quando è stato possibile scovare la causa); in qualche caso, si sono avuti buoni risultati col trattamento basato su considerazioni teoretiche ed anche sulla desensibilizzazione, senza che si possa dire quale metodo sia stato più efficace.

fil.

Contributo allo studio della sclerodermia. (A proposito di cinque casi di sclerodermia di cui l'uno con esame anatomo-patologico).

(G. MARINESCO, N. VASILESCO e H. BRUCH. *Annales de Médecine*, n. 4, aprile 1939).

Le nozioni sull'etiologia e la fisiopatologia della sclerodermia sono ancora molto discutibili: la teoria endocrina, fondata su elementi clinici, anatomo-patologici e sperimentali è fra tutte la più sostenuta. Dallo studio dei casi fin qui pubblicati si può affermare che nella sclerodermia si può trovare squilibrio di una o più glandole endocrine in ipo- o iperfunzione, ma non vi sono ancora elementi sufficienti per costruire una teoria uni- o pluriglandolare.

Gli AA. descrivono 5 casi di sclerodermia da loro osservati e dai quali traggono le seguenti osservazioni:

Vi è all'origine della sclerodermia una tossi-infezione cronica, sopratutto tubercolare; il processo sclerodermico è una maniera speciale di reazione a questa tossi-infezione, in rapporto con le funzioni di difesa, reazione che appartiene sopratutto al tessuto congiuntivo.

Gli squilibri delle glandole endocrine (sopratutto l'ipofisi, le ovaie e le paratiroidi) e del sistema nervoso vegetativo — condizionati anche a questa tossi-infezione — quantunque molto frequenti, sono contingenti e spiegano i disturbi vaso motori e trofici della sclerodermia.

Il reumatismo, detto sclero-dermico, non è che un reumatismo fibroso tubercolare.

S. F.

MISCELLANEA.

Neurosi cardiaca e respiratoria.

(H. HEIKSCHER (*Acta medica Scand.*, fasc. II-III, 1939).

La parola neurosi si adopera oggi per indicare disturbi nervosi di un organo ai quali non si trova una base anatomica. Un organo che va frequentemente soggetto a disturbi di questo tipo è il cuore, la cui funzionalità è strettamente legata alle fibre nervose motorie, al dolore, alle emozioni.

Il materiale studiato comprende 106 malati, di cui solo in parte (37) si è potuto sapere con precisione la diagnosi fatta da medici consultati precedentemente; 18 casi erano stati presi per vizi organici di cuore, 14 per nevrastenia, 2 per psicosi (neurosi respiratorie), 1 per enfisema polmonare, 1 per gozzo e 1 per miosite epidemica.

I fenomeni della neurosi cardiaca sono stati variamente denominati dai vari autori: cuore nervoso, deficienza nervosa del cuore, nevrastenia cardiaca, cuore del soldato.

La migliore descrizione di questo gruppo di malattie è quella fatta da Herz nel 1909: sintomi cardinali sono il dolore sotto la papilla sinistra, anomalie respiratorie (sospiro profondo e difficoltà di respirare), palpitazioni.

L'A. ha accuratamente studiato i 106 casi da lui osservati e ha diviso così i sintomi subbiettivi:

A carico del sistema nervoso centrale: 16 presentavano stanchezza, 9 stordimento, 65 ansietà, 10 depressione moderata, 2 disturbi mentali gravi, 4 sintomi di neurosi traumatica, 7 disturbi del climaterio.

A carico del cuore e dei polmoni: 42 palpitazioni, 16 extrasistoli, 19 dispnea da lavoro, 66 fame d'aria parossistica, 10 fenomeni catarrali ricorrenti, specialmente tosse.

A carico dell'apparato digerente: 51 stipsi e 12 dispepsia intestinale.

A carico del diaframma e della musculatura statica: 47 oppressione, 41 dolori nel torace, 12 dolori al dorso, specialmente ai lombi.

L'ansietà registrata in 65 pazienti era la forma grave, perchè un lieve grado di ansietà è stato presente in tutti i 106 casi.

Secondo Herz la causa della nevrosi cardiaca è di origine sessuale, ma oggi questa opinione sembra troppo ristretta. L'A. potè avere in 65 casi dati probativi sulle cause psichiche, che ha potuto elencare così: 6 aberrazioni sessuali, 10 difficoltà matrimoniali, 7 climaterio, 1 malattia venerea (gonorrea), 2 senso di inferiorità, 1 offese crimiuali; 8 dispiaceri familiari, 6 difficoltà finanziarie, 2 disoccupazione, 3 difficoltà inerenti al lavoro, 4 inimicizie con vecchi amici, 3 sensazione di solitudine, 10 eccesso di lavoro, 15 malattie pregresse, 11 malattie gravi in famiglia, 4 infortuni. Riassumendo si può dire che la fatica, le preoccupazioni e i dispiaceri possono provocare una neurosi in presenza di particolari condizioni che ci sono ignote.

Le palpitazioni hanno come corrispondente obbiettivo la tachicardia sinusale, l'aumento dell'impulso del cuore e un rinforzo dei suoni cardiaci e come disturbi nervosi cardiaci erano già note al Laënnec.

Per quanto riguarda la dispnea, è bene noto che le persone « nervose » hanno « il fiato corto ». Esse non si sentono libere di respirare come vorrebbero o dovrebbero, hanno la sensazione di non poter ventilare sufficientemente i polmoni e vi rimediano con profondi sospiri inspiratori. Da queste forme lievi si passa a quelle più gravi di fame d'aria parossistica. Clinicamente e radiologicamente si ha un abbassamento del diaframma con scarsa espansione respiratoria. A questo somiglia l'iperpnea isterica.

Molti di questi malati hanno dispnea da sforzo, ma bisogna stare attenti a non confonderla con quella da insufficienza cardiaca.

La stipsi si associa spesso a colite (in 63 casi sui 106) e a dispepsia intestinale, condizioni che devono essere messe in rapporto collo stato del diaframma.

I dolori toracici sono frequenti in enfisematosi e sono di origine muscolare, per modificazioni morfologiche della gabbia toracica.

In tutti i malati studiati dall'A. non c'erano precedenti reumatici nè luetici, nè manifestazioni gravi a carico del sangue (se si escludono alcuni casi di anemia semplice). Nessuno aveva disturbi imputabili alla tiroide.

Per quanto riguarda il tipo costituzionale dei malati, l'A. senza aver fatto delle accurate misurazioni, ritiene che i più colpiti sono stati soggetti ben costruiti fisicamente e in buono stato di nutrizione.

Le condizioni statiche dell'individuo (posizione eretta da soldato, o cifosi o lordosi) hanno notevole importanza nella determinazione delle neurosi, anche perchè le deformazioni provocano con facilità enfisema polmonare.

La *cura delle neurosi* è psichica e somatica.

La psicoterapia ha importanza notevole. È necessario persuadere il malato che i suoi disturbi non hanno carattere di gravità e mostrargli il difetto della cattiva posizione del torace. Bisogna evitare assolutamente altre forme di psicoterapia (p. e. ipnotismo).

Utili il luminal, il chinino, la fenacetina. È bene anche curare l'obesità colla dieta appropriata e correggere i difetti di posizione toracica. Utili i massaggi e l'esercizio fisico.

Su 63 pazienti che furono curati dall'A. si ebbero buoni risultati in 49 (77 %) e nessun miglioramento in 14 (23 %). L.

Mal di mare.

(R. J. BLUCKHAM. *The Brit. Medic. Journ.*, 22 luglio 1939).

I sintomi del mal di mare sono vertigini, nausea, vomito e prostrazione. Tra questi sintomi e quelli da volo, da treno e da altalena non ci sono differenze sostanziali.

I movimenti della nave che possono provocare il mal di mare sono il beccheggio, il rullìo, il movimento e cavaturaccioli (che è un insieme di beccheggio e rullìo), il rullìo saltellante, il tremito. Secondo il Krevil il mal di mare è un'anfoneurotonia con predominio della parasimpaticotonia. Secondo Hill la vagotonia predomina negli uomini, mentre la simpaticotonia predomina nelle donne e nei bambini. La distinzione si fa sopratutto pel fatto che nella vagotonia il vomito non è preceduto da nausea, come invece avviene per la simpaticotonia.

Ci sono alcuni individui che hanno nausea al solo vedere il piroscafo, alcuni hanno vomito appena il piroscafo si mette in moto, alcuni soffrono solo quando il piroscafo è uscito dal porto, altri solo nei primi giorni di navigazione. I cattivi odori possono provocare il mal di mare.

Certamente il mal di mare è prodotto da uno stimolo cerebrale; alcuni lo localizzano nei canali semi-circolari, altri nei centri visivi. Contro la teoria visiva c'è il fatto che si soffre di mal di mare anche al buio e che ne soffrono i ciechi. Per altri il mal di mare è di origine gastrica. Questa teoria ha poco fondamento, però è certo che i così detti biliosi hanno il mal di mare più accentuato degli altri.

Per quanto riguarda le razze, gli ebrei, i latini e gli irlandesi del sud soffrono il mal di mare con maggior frequenza.

I bambini e i vecchi soffrono il mal di mare meno degli adulti. Ci sono anche ufficiali di marina che soffrono il mal di mare. Ne soffriva anche l'ammiraglio Nelson.

La cura del mal di mare richiede la posizione sdraiata, il calore (che si ha con vestiario adatto e, se necessario, con borse calde), la dieta, che comprende specialmente carne e cibi con salse piccanti. Nel mal di mare l'alimentazione non è necessaria, mentre sono necessari i liquidi. Utile è anche l'uso dello zucchero.

Molti sono i medicamenti consigliati nel mal di mare.

Molti anni fa si consigliavano i bromuri; ma il loro uso necessariamente prolungato può dare luogo a fenomeni da accumulo. Alcuni consigliano l'idrato di cloralio. I viaggiatori più ricchi usano dei preparati di belladonna e di atropina. Secondo Kevill il preparato che risponde meglio è il bellergal, mentre non dà risultati soddisfacenti il navigan (che è sintropan con un sedativo piridinico).

Buoni risultati si hanno col cloretone.

L'ioscina ha dato a volte risultati quando l'atropina aveva avuto risultato nullo. La cocaina non è consigliabile. L'efedrina è utile associata all'atropina.

Utile è pure la benzedrina, il cui uso però è controindicato dall'iperpiesi, dai disturbi cardiaci, e dall'atonia gastro-intestinale. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI(1)

Dott. MARIO MERLI. *Ascessi subfrenici. Patologia e cura.* Prefazione del prof. ROBERTO ALESSANDRI. Roma, 1939. Luigi Pozzi, editore, L. 20.

La collana delle « monografie medico-chirurgiche di attualità » del « Policlinico » si è arricchita di una nuova pubblicazione destinata ad interessare molto da vicino i giovani chirurgi.

Benchè il capitolo degli ascessi subfrenici goda in patologia d'una vasta letteratura e per vario tempo sia rimasto statico, abbondano ragioni serie perchè esso permanga di costante attualità. Fra queste, due almeno vanno enumerate e vagliate, e cioè il non infrequente ricorrere degli ascessi subfrenici nella pratica comune, e la tuttavia elevata percentuale di morte che l'insidioso male semina sul suo cammino. Lo stesso autore di questo pregevole libro così ricco di nozioni conferma, infatti, una concordante mortalità del 44 per cento, desunta da numerose statistiche. Questa notizia è oltremodo grave, e induce a pensare che, in tanto correre della scienza verso un così incessante progredire, la tecnica e l'inventiva chirurgica non si sono dimostrate brillanti nel migliorare la prognosi di queste banali lesioni suppurative.

Il Merli con questa sua pubblicazione che sotto la modesta denominazione di « monografia » raggiunge la quota di 200 fitte pagine di formato grande, non s'è prefisso — e questo è suo merito — di affrontare discussioni enfatiche di problemi scientifici, nè di far sfoggio di quella pesante erudizione che allontana il lettore non perditempo, per pauda d'indigestione dottrinale. Egli, da perfetto tempista ha dato un indirizzo pratico e realistico alla sua trattazione, e pur mostrando di essere colto, ha concesso alla storia ed alla esposizione di tesi e teorie solo quel tanto che era necessario, dando invece maggiore spazio alla anatomia regionale che deve rimanere la base di ogni intrapresa operatoria, e alla clinica che è poi il concreto cui volgono le menti avide di razionali conoscenze.

Simile indirizzo di praticità che balza evidente in ogni capitolo ed in ispecie in quelli che toccano l'etiopatogenesi, l'anatomia patologica e la terapia, costituisce il miglior pregio del libro. I tempi corrono veloci e febbrili, le branche mediche in continua cariocinesi non consentono che medici pratici e studenti perdano di vista l'indispensabile per correr dietro ad astrazioni scientifico-metafisiche.

Il Merli, con sobrietà e con limpidità di esposizione ha detto tutto quanto andava detto intorno agli ascessi subfrenici ed ha dato tutti i consigli che occorrevano sul modo di comportarsi del medico e del chirurgo di fronte a questo tuttavia grave evento patologico contro il quale la scienza e la tecnica dovranno affilare tuttavia armi più nuove e più precise se si vogliono veder ridotte sensibilmente le attuali dolenti ed umilianti cifre della mortalità.

L'autorevole prefazione del senatore Alessandri alla densa monografia del Merli, ora apprezzatissimo chirurgo primario all'Ospedale principale di Mogadiscio, e la nitida edizione della solerte Casa Pozzi facilitano il buon cammino a questa elegante ed elaborata pubblicazione per la quale non è arduo presagire una seconda edizione. Nel qual caso ci tornerebbe caro vedere in figura i vari dettagli anatomici di tutta la complessa regione subfrenica. Sarebbe una utile cornice al bel quadro.

PIETRO CAPASSO.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

A proposito delle febbri tifoidi "intricate,,

Col nome di febbri tifoidi « intricate » Chantemesse e Grimberg indicano delle febbri tifoidi dovute a parecchi germi specifici di queste infezioni, agenti contemporaneamente o successivamente.

F. L. Montel (*Marseille Médical*. 25 maggio 1939) riferisce un caso che può rientrare in questo gruppo in quanto in esso la prima parte della malattia è decorsa come un Paratifo B convalidato da una prova di agglutinazione nettamente positiva per questo germe, mentre successivamente si è sviluppato un vero e proprio tifo, con emocultura e prove sierologiche abbondantemente positive per il b. di Eberth, che ha condotto a morte il paziente.

Lo studio della letteratura sull'argomento mostra che effettivamente il combinarsi dei germi del gruppo tifo-paratifo a produrre quadri morbosi è perfettamente possibile e forse si riscontrerebbe in numero più grande se, nel corso di una febbre tifoide, si ripetessero più volte le prove sierologiche e di emocultura.

F. TOSTI.

La diagnosi di tularemia.

W. F. Friedewald e G. H. Hunt (*The Amer. Journ. of the Medic. Sciences*, aprile 1939) studiarono in 2 anni 50 casi di tularemia e in modo particolare si preoccuparono del problema diagnostico, che ha importanza anche e specialmente per la terapia.

Nei casi di alterazioni ghiandolari ulcerose con tipica storia di contatti con animali (specialmente conigli), con decorso acuto di 1-3 settimane e lunga convalescenza si deve sospettare la tularemia. Le forme tifoidea e pneumonica della malattia sono più difficili a diagnosticare.

La diagnosi di tularemia non si può fare senza uno (o più) dei seguenti esami: agglutinazione dal sangue, reazione opsonocitofagica, reazioni cutanee (con antigene e con antisiero), culture.

L'agglutinazione si ricerca secondo la tecnica di Francis e Evans usando un antigene preparato da vari ceppi di Past-tularensis su agar-nutrosio-glucosio-siero con cistina.

La positività si è avuta in tutti i 50 casi esaminati; compare nella 2ª settimana e dura tutta la vita. È necessorio che sia positiva a diluizione di 1:80 (titoli minori hanno valore diagnostico solo in presenza di cutireazione positiva o reazione opsonica positiva).

Si possono avere agglutinazioni croniche con Br. abortus e con B. proteus 0 + 19.

La reazione opsonocitofagica è positiva anch'essa verso la 2ª settimana e diviene più netta fra la 3ª e 4ª settimana e persiste quanto la prova dell'agglutinazione.

La reazione intradermica con antigene fu sempre positiva in tutti i casi di tularemia sicura, mentre non è riuscita sempre positiva *con antisiero*.

La cultura è metodo molto sicuro, ma per il lungo tempo che richiede non ha molta importanza clinica.

L'uso di siero curativo può dare reazioni diagnostiche positive. Le stesse reazioni possono avere per uso di antigene intracutaneo.

L.

Il trattamento razionale della paralisi infantile.

H. Bordier (*Journal des Praticiens*, 6 maggio 1939) espone il metodo che egli già da tempo ha proposto per la cura razionale ed efficace della paralisi infantile e che, forte delle approvazioni e dei consensi ricevuti, ha trasformato la prognosi della poliomielite anteriore acuta. L'originalità del metodo è nella applicazione di raggi X sulle lesioni del midollo spinale allo scopo di liberare, attraverso l'azione di riassorbimento esercitata dai raggi sui fenomeni infiammatori, i nuclei grigi del midollo dal processo di strangolamento risultante dall'infiltrazione edematosa iniziale e dalla sua ulteriore organizzazione fibrosa. L'obbiettivo proposto impone quindi di iniziare l'applicazione del metodo il più precocemente possibile e l'A. per ciò non si stanca di insistere sulla necessità di procedere all'irradiazione del midollo appena finita la fase termica della malattia o al più tardi un mese dopo l'inizio di essa. Ma, anche dopo parecchi mesi, l'irradiazione produce effetti utili per l'arresto da essa indotto sul processo cicatriziale fibroso.

La cellula e la fibra nervosa presentano una scarsa sensibilità ai raggi, sicchè il midollo ed i nervi periferici possono sopportare una forte dose di raggi X senza presentare alcuna alterazione.

Il metodo di cura della paralisi infantile proposto dall'A. (metodo Bordier) utilizza la radioterapia, la diatermoterapia e la galvanoterapia; tra questi atti terapeutici la parte preponderante spetta alla radioterapia. Infatti questa agisce nelle cellule nervose midollari lese, mentre la diatermo- e la galvanoterapia agiscono sui muscoli degli arti paralizzati, la prima portandovi il calore necessario alla nutrizione dei tessuti (data l'ipotermia degli arti paralizzati) e facendo cessare lo spasmo vascolare che si oppone all'irrorazione sanguigna, la seconda determinandovi un nettissimo aumento della nutrizione dei tessuti.

L'A. descrive infine dettagliatamente la tecnica da seguire nelle applicazioni di radio, diatermo- e galvanoterapia. F. TOSTI.

Azione del clorato di potassio sulla poliomielite acuta.

Ch. Contat ha notato in una epidemia di poliomielite anteriore acuta avvenuta nel 1937 la grande efficacia che esplica in detta malattia il clorato di potassio e, attraverso l'esperienza di numerosi casi, ha potuto stabilire le migliori condizioni di somministrazione del medicamento per trarne il massimo vantaggio. Per lo più i malati vedono scomparire la temperatura in 36 ore, mentre contemporaneamente regrediscono i sintomi poliomielitici (algie, tremori, paresi). L'efficacia del clorato di potassio nella poliomielite anteriore acuta è stata anche confermata da esperienze su animali: scimmie inoculate per via cerebrale con una sospensione di midollo poliomielitico presentavano un rapido costituirsi delle paralisi e la morte in 6ª-8ª giornata se non venivano trattate con clorato di potassio; somministrando loro tale medicamento invece non si verificava alcun fenomeno morboso.

È consigliabile perciò unire alla sieroterapia classica anche questo nuovo trattamento al clorato di potassio, alle dosi e secondo il ritmo consigliati dal Contat.

Il malato deve prendere gr. 0,10 di clorato di potassio per chilogrammo di peso ogni giorno; la pozione deve essere somministrata *ogni due ore, notte* e *giorno*, in 12 dosi eguali. Qualunque sia il peso del malato la quantità di pozione deve essere la stessa: 12 cucchiai da zuppa cioè 180 gr.; varierà la quantità di clorato di potassio contenuta nella pozione.

Per esempio per un bambino di 15 chilogrammi si prescriverà:

Clorato di potassio gr. 1,50
Sciroppo di lampone gr. 40
Acqua q. b. a 180 gr.
S. un cucchiaio da zuppa ogni 2 ore.

Il trattamento deve essere iniziato il più precocemente possibile: se la forma è grave e le paralisi sono già costituite conviene raddoppiare la dose di clorato di potassio nelle prime 12 ore (un cucchiaio *ogni ora*). Si dovrà insistere affinchè la somministrazione venga fatta regolarmente ogni due ore, di notte e di giorno, poichè l'interruzione potrebbe avere gravi conseguenze. Si prolungherà il trattamento per 5-6 giorni dopo il ritorno alla norma della temperatura.

Siccome il farmacista potrebbe essere stupito della quantità di clorato di potassio ordinata, converrà affermare specificatamente la dose nella ricetta.

(Dalla *Gazzette des Hôpitaux*, 22 luglio 1939).

F. TOSTI.

La terapia della malattia di Nicolas e Favre con i derivati organici dello zolfo.

Alberto Midana (*Minerva Medica*, 14 luglio 1939) sulla scorta dei dati bibliografici e personali riflettenti la terapia delle diverse localizzazioni della malattia di Nicolas e Favre con i derivati organici dello zolfo, osserva che l'attività dei sulfamidici sulle manifestazioni linfoghiandolari risulta più rapida e costante e quindi nettamente superiore di quella esplicata da tutti gli altri mezzi curativi finora adoperati (jodio, antimonio = antigenoterapia).

L'A. si è servito di un preparato di paraminofenilsulfamide, lo streptosil. Tale terapia arresta l'evoluzione delle lesioni in qualsiasi stadio e ne provoca la rapida regressione in 15-20 giorni.

Nei casi di localizzazione ano-retto-genitali la terapia con paraminofenilsulfamide non è ancora sufficientemente sperimentata; nelle forme di rettiti sembra che si affermi nei casi recenti o iniziali, mentre è incostante ed inefficace in quelli di antica data. Nettamente favorevole invece è il giudizio nelle localizzazioni genitali a tipo di estiomene ulcerativo.

Concludendo l'A. afferma che il trattamento con i preparati sulfamidici e sulfamidoazoici va oggi considerato come il mezzo curativo di elezione localizzazioni linfoghiandolari della malattia di Nicolas e Favre. S. F.

Sulla roentgenterapia antinfiammatoria con speciale riguardo ai risultati clinici.

Mathey-Cornat M. R. (*Presse Médicale*, 11 aprile 1939) riporta i risultati della roentgenterapia applicata in diverse affezioni che si distinguono in 3 gruppi:

1) affezioni infiammatorie cutanee (foruncoli, antrace, adenoflemmoni, piodermiti, ulceri, ecc.);

2) affezioni infiammatorie appartenenti alla stomatologia (osteoperiostiti del mascellare, flemmoni cervicali, adeniti, adenoflemmoni) e all'otorinolaringoiatria (amigdaliti, ascessi tonsillari, sinusiti);

3) affezioni infiammatorie dell'apparato genitale maschile (orchiepididimite, epididimite tubercolare, ecc.) e femminile (annessite, tubercolosi degli annessi, ecc.).

Nelle affezioni del primo gruppo i risultati della roentgenterapia sono stati abbastanza buoni, specie quando è associata al trattamento locale, specifico. Nelle amigdaliti, ascessi tonsillari, i risultati sono contradittori, mentre nelle osteoperiostiti del mascellare, nei flemmoni cervicali, nei flemmoni cronici, nelle parotidi si sono avuti successi brillanti.

Nelle affezioni aspecifiche dell'apparato genitale femminile la roentgenterapia sarà usata specie nelle donne vergini, con grande cautela, adoperando cioè dosi tali da produrre una sterilizzazione temporanea o dopo insuccesso di altri metodi di cura; nelle forme tubercolari subacute gli AA. hanno avuto buoni risultati con dosi alte fino alla sterilizzazione definitiva.

Gli AA. dopo aver brevemente parlato della tecnica e del modo di azione della radioterapia, che, secondo la maggior parte degli studiosi, esplica sopratutto un'azione antinfiammatoria cellulare, concludono affermando che

la roentgenterapia rappresenta un eccellente mezzo di cura nelle infiammazioni specie se è usata con grande prudenza e in determinati casi. F. JADEVAIA.

Metodi di terapia aspecifica.

W. Weichardt (*Klin. Wochenschr.*, 8 luglio 1939) rileva che, le modalità di azione della terapia aspecifica si comprendono solo in base al concetto della « attivazione protoplasmatica ». La sostanza vivente attivata compie molto meglio varie funzioni sia fisiologiche che difensive. Le sostanze attivanti sono prodotti di scissione omologhi che si formano nell'organismo in seguito a svariate influenze. La terapia aspecifica riesce ad esaltare solo quelle funzioni organiche che già preesistevano: così le iniezioni di proteine aumentano negli animali trattati con un antigene, la produzione di anticorpi ma non potranno mai far produrre anticorpi ad animali non trattati con l'antigene. Perciò la terapia aspecifica è utile soprattutto nelle malattie croniche o nella convalescenza, quando l'organismo già forma anticorpi: mentre nelle infezioni acute la produzione di anticorpi non si è iniziata e non può quindi venir esaltata; in tali casi la terapia aspecifica può anzi esaltare i germi infettanti. Per ciò che riguarda le funzioni fisiologiche si è dimostrato soprattutto l'aumento dei processi ossidativi in seguito alla terapia aspecifica: dosi tossiche di acido cianidrico sono sopportate senza danno da topi iniettati con proteine. Prodotti contenenti proteine esercitano un effetto aspecifico molto superiore a quello che si ottiene con l'acido nucleinico o con l'istamina. Animali che si dimostrano cattivi produttori di anticorpi ne formano in quantità se iniettati con proteine anche vegetali. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Considerazioni sulla struttura istologica dei noduli di Gamna della milza.

I noduli di Gamna sono di importanza essenzialmente anatomo-patologica e, in senso lato, sono di natura sclerosiderotica.

La prima osservazione fu fatta dal Gandy nel 1905, ma l'argomento fu trattato in maniera completa solo nel 1920 dal Gamna.

Macroscopicamente si tratta di milze voluminose con focolai nodulari sparsi color foglia di tabacco. Microscopicamente si hanno territori perivascolari, vicini ai follicoli malpighiani, costituito da tessuto connettivale fibroso fascicolato con necrobiosi di fibre e di fasci di fibre. Questa necrobiosi ha per esponente principale l'impregnazione da parte di sali di ferro e, in misura minima, di calcio. Fra queste fibre c'è inoltre una sostanza ialina splendente, non colorabile, e pigmento che dà la reazione del ferro.

Le lesioni descritte dal Gamna si trovarono nelle più svariate splenopatie e anche in milze del resto sane.

Gamna ha sostenuto che si tratti di falsi locali di natura aspecifica dovuti a condizioni di vita e di ricambio del viscere e alla sua struttura e costituzione fisica e chimica. Gli AA. tedeschi dànno maggiore importanza a fatti vascolari. I francesi ritengono invece che si tratti di una lesione specifica da aspergillo (aspergillus nodulans).

F. Pizzetti (*Arch. Ital. di anat. e Istol. patol.* giugno 1939) descrive un caso osservato in un uomo di 70 anni, portatore di cancro esofageo e morto per gangrena polmonare. Dall'esame istologico da lui praticato risulta che nei focolai di Gamna ci sono prodotti di necrobiosi sia del connettivo collagene che delle fibre elastiche. Egli esclude l'origine micotica o da un quid esterno. Ampliando le conclusioni del Gamna egli dice che si instaurano in milze precedentemente lese alterazioni di duplice natura: da una parte tendenza ad un processo produttivo e distrofico e dall'altra liberazione di ioniferrosi e ferrici che hanno tendenza ad impegnare gli elementi elastico connettivali alterati. L.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Limitazione delle pagine dei periodici e delle riviste.

Allo scopo di limitare il consumo di cellulosa per la fabbricazione della carta, il Ministero della Cultura Popolare ha disposto che da giovedì 14 corrente: tutti i periodici a formato di giornale vengano pubblicati a 4 pagine; tutti gli umoristici a formato di giornale vengono pubblicati a non più di 6 pagine; tutti i periodici cinematografici e di varietà vengano pubblicati a non più di 12 pagine; tutti gli altri periodici e le riviste riducano di un terzo il numero delle pagine. Inoltre il Ministero della Cultura popolare ha proceduto alla sospensione di numerose pubblicazioni periodiche.

A tali disposizioni è pertanto uniformato il presente numero. L'AMMINISTRAZIONE.

Cronaca del movimento corporativo.

Revisione delle autorizzazioni ad imbarcare come medico di bordo.

Con D. M. 11 maggio 1939-XVII pubblicato dalla « Gazzetta ufficiale » n. 179, del 2 agosto c. a., è stata indetta la revisione delle autorizzazioni ad imbarcare quale medico di bordo, concesse fino al 31 dicembre 1934-XIII.

I sanitari interessati debbono presentare alle Prefetture di residenza (entro il 28 febbraio 1940-XVIII) i seguenti documenti:

1) Decreto di autorizzazione ad imbarcare come medico di bordo, munito del visto di conferma, a norma dell'art. 37-bis del R. D. 29 novembre 1925, n. 2288, se rilasciato prima dell'anno 1915;

2) certificato di buona condotta, in data non anteriore a tre mesi da quella della pubblicazione del D. M.;

3) certificato penale in data non anteriore a tre mesi;

4) certificato di iscrizione nell'Albo dei Medici;

5) certificato di un medico militare o di un ufficiale sanitario comunale, di data non anteriore a un mese, dal quale risulti che il sanitario autorizzato non è affetto da malattie fisiche o psichiche e non presenta deficienze organiche che gli impediscano di esercitare le funzioni di medico di bordo. Gli anzidetti documenti dovranno essere debitamente legalizzati.

Per informazioni rivolgersi al Gruppo Nazionale Medici di Bordo, presso la Federaz. Naz. Fascista della Gente del Mare (via Boncompagni 19, Roma). Fiduciario del Gruppo è il dott. C. Manassei; segretario il dott. D. Lembo.

CONCORSI.

Proroga dei concorsi per sanitari condotti.

In seguito a disposizione del Ministero dell'Interno i concorsi per sanitari condotti, indetti dalle RR. Prefetture, sono prorogati a tutto il 30 settembre 1939-XVII.

BOLOGNA. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico prov. « Luigi Lolli » in Imola; scad. 20 nov.; stip. L. 18.500; 6 aumenti del decimo; supplem. serv. att. L. 4000; età limite 35 a.

COMO. — *Consorzio prov. antituberc.* — Medico dirigente di dispensario; titoli ed esami; L. 13.500 e 6 trienni dec.; indenn. trasferte (per il 1939 L. 500 mensili); nomina e conferma quinquennali. Età limite 40 a. al 25 aprile. Rivolgersi alla Segreteria. Chiedere copia del bando.

LECCE. *Ospedale Psichiatrico Interprovinciale Salentino.* — Direttore e tre medici di reparto; stipendi L. 13.700 e L. 9500; serv. att. L. 3500 e L. 2100; aumenti, ecc. Età limite 35 a. Titoli scientif. e pret. Scad. 26 sett. Rivolgersi alla Segreteria.

NAPOLI. — Medico Ostetrico del Comune. Stip. annuo iniziale 14.000, s. a. 2500, 4 quadrienni di 500. Esame: prova pratica su caso clinico di ostetricia. Età massima 35, con eccezioni consuete. Scad. ore 17 del 6 nov. Nomina per un biennio, dopo il quale si ha la stabilità su deliberazione del Podestà.

REGGIO EM. *Consorzio prov. antituberc.* — Medico assistente del Dispensario prov.; titoli ed esami; stip. annuo L. 6750 e 4 quadrienni dec. È consentito il libero eserc. della professione. Età limite 40 a. al 23 agosto. Scad. 31 ottobre. Rivolgersi alla Segreteria.

PESARO-URBINO. *Amministraz. Prov.* — Medico primario dell'Ospedale psichiatr. prov., in Pesaro; titoli; scad. 30 ott.; età limite 42 a.; stip. L. 13.040 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. (serv. att. L. 970, c.-v., alloggio L. 3000). Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria.

ROMA. *Ministero della Marina.* — È stata pubblicata la notificazione di concorso per la nomina di 50 ufficiali inferiori medici di complemento nel Corpo Sanitario Militare Marittimo, così ripartiti: capitani 15; tenenti 15; sottotenenti 20.

Possono partecipare al concorso i cittadini laureati in medicina e chirurgia che abbiano ottenuto l'abilitazione all'esercizio professionale e posseggano i requisiti prescritti dalle vigenti norme legislative per la nomina ad ufficiale medico di complemento, siano di razza non ebraica e non abbiano superato, per il grado di capitano, l'età di anni 45; per i gradi di tenente e sottotenente, l'età di anni 38.

Le domande di ammissione al concorso, redatte su carta bollata da lire sei, con l'indicazione esatta del domicilio dei concorrenti, dovranno pervenire al Ministero — Direzione Generale del Personale e dei Servizi Militari, Divisione Stato Giuridico — entro il 3 novembre 1939-XVIII, corre-

date dei documenti prescritto dalla notificazione stessa.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi.* — Medico primario della Sezione oto-rino-laringoiatrica; medico chirurgo odontoiatra, direttore del servizio odontoiatrico; medico aiuto della Sez. gener. chirurgica; medico assistente della Sez. gener. medica; id. della Sez. pediatrica; stipendi annui rispett. L. 4532, L. 2172, L. 4195, L. 4195, L. 3970, L. 3970; aumenti; quote di compartecipazione. Tassa annua L. 50. Scad. 9 ottobre. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

VERONA. *Amministraz. Prov.* — Medico di Sezione presso l'Ospedale psichiatrico prov. di S. Giacomo. A tutto il 29 settembre.

Concorsi a premi.

Reale Accademia d'Italia.

Nella Sezione per le scienze biologiche sono indetti i concorsi per un *premio Grassi* di lire 5000, per ricerche di parassitologia, scad. 21 dicembre; un *premio Marchiafava* di L. 5000, per un lavoro sui problemi epidemiologici dell'A. O., con speciale riguardo ai territori italiani; scad. 31 dicembre; un *premio dell'Associazione bancaria*, di L. 10.000 sul tema: « Le sostanze radioattive artificiali come indicatori nella chimica e nella biologia »; scad. 21 dicembre. Per schiarimenti rivolgersi alla Cancelleria, Lungotevere Farnesina 10, Roma.

Concorso a premi in oftalmologia

Una donazione di 1000 dollari (20.000 lire italiane) è stata fatta all'Associazione internazionale per la profilassi della cecità da G. Brewster e da Jennie Mathews, allo scopo di favorire le ricerche nel campo dell'oftalmologia. La commissione per il premio comprenderà i membri del Comitato esecutivo e dell'Ufficio dell'Associazione.

Il premio sarà conferito in occasione del 16° congresso internazionale d'oftalmologia. Ogni studioso accreditato può concorrere. Tema: « il glaucoma semplice non infiammatorio »; può estendersi a ricerche in rapporto diretto con tale problema. I lavori concorrenti devono essere originali. Potranno essere redatti in francese, inglese, italiano o tedesco. Dovranno essere inviati 6 mesi prima al Congresso, alla segreteria dell'Associazione, boulevard Saint-Michel 66, Paris. La decisione della commissione sarà inappellabile.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi e convegni vari.

Dal 18 al 20 settembre avrà luogo in Bari, durante la X Fiera del Levante, il XXX Congresso della Società italiana di ortopedia e traumatologia; dal 28 settembre al 2 ottobre in Padova l'VIII Congresso della Associazione italiana di Medicina legale; dal 30 settembre al 4 ottobre in Napoli il Congresso italiano stomato-odontologico; ai primi di ottobre in Bologna l'VIII Convegno della Società italiana di anatomia; dal 19 al 22 ottobre in Napoli il 45° Congresso della Società italiana di chirurgia; dal 9 all'11 ottobre in Roma il 14° Congresso internazionale per la protezione dell'infanzia; il 29 ottobre un Convegno di medicina costituzionalistica in Bologna, quale omaggio al sen. prof. Viola; dall'8 al 15 ottobre in Pisa la XXVIII Riunione della Società italiana per il progresso delle Scienze.

Per la prima volta in Svizzera le 22 associazioni che si occupano di problemi d'igiene si sono adunate in assemblea generale, a Zurigo, l'1 e il 2 luglio.

La Lega tedesca per la salute del popolo terrà la sua quarta adunanza scientifica a Nürnberg, dal 7 al 10 ottobre. Verranno fatte varie relazioni sul tema: Cura della salute ed aumento dell'efficienza mediante l'educazione fisica nei giovani; tra i relatori sono medici, igienisti e biologi reputati; la discussione sarà chiusa dal dott. Conti, « Führer » sanitario del Reich.

I Convegni medici di pediatria talassologica e di storia della medicina, che erano stati preannunciati e che dovevano effettuarsi a Rimini, sono stati rinviati ad epoca da destinarsi.

Il reparto chirurgico nell'Ospedale di Littoria.

Dal 5 settembre ha iniziato il suo funzionamento il nuovo reparto chirurgico dell'Ospedale di Littoria. Attrezzata perfettamente, secondo i più moderni criteri e corredata di gabinetti radiologico e specializzato, la nuova istituzione costituirà, per le masse lavoratrici della terra pontina, una nuova garanzia di pronta assistenza.

Esami per infermiere e assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana.

Nella prossima sessione autunnale presso le varie Scuole Convitto per Infermiere Professionali della Croce Rossa Italiana sono indetti, oltre agli esami delle rispettive allieve, quelli di ammissione al secondo anno delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa e delle Infermiere generiche, nonchè gli esami di ammissione delle Infermiere Volontarie della Croce Rossa alle Scuole per Assistenti Sanitarie Visitatrici, in applicazione delle norme provvisorie dell'art. 4 della Legge 3 giugno 1937, n. 1084.

Coloro che aspirano a partecipare ai suddetti esami dovranno presentare alla direzione delle Scuole Convitto Infermiere Professionali la relativa domanda, il cui termine di presentazione resta improrogabilmente fissato per il 20 settembre.

La propaganda contro il cancro negli Stati Uniti.

Il Presidente degli Stati Uniti d'America, Roosevelt, ha emesso un bando per invitare il Corpo medico, gli Istituti scientifici, gli organi della Stampa, i dirigenti le Società cinematografiche e tutti coloro che s'interessano alla lotta contro il cancro, a fissare, come aveva proposto il Parlamento, l'aprile di ogni anno quale mese di lotta contro il cancro, e ciò allo scopo di propagandare nel pubblico la necessità della lotta e l'importanza della vigilanza costante per combattere il flagello.

Diminuzione progressiva della sifilide in Inghilterra.

Durante l'ultimo congresso imperiale britannico d'igiene sociale, fu sollevata la questione della sifilide in Inghilterra. Statistiche recenti permisero di conoscere con precisione l'importanza del pericolo sociale che presenta ancora questa malattia, dopo che si è organizzata la lotta contro le malattie veneree.

Mentre nel 1900 in Inghilterra e nel Paese di Galles si registrarono 42.800 casi di sifilide, nel 1938 se ne rilevarono solo 18.034. Le infezioni datanti da un anno nel 1938 furono 5238, il che segna una riduzione cospicua, del 42 %, rispetto al 1931.

La mortalità infantile dovuta a sifilide aumentò da 1,34 ogni mille nati vivi nel 1912 a 2,03 nel 1917; tale aumento fu inerente alla guerra mondiale; da allora però si è determinata una riduzione costante: 1,12 nel 1922; 0,47 nel 1932; 0,20 nel 1938. Nel 1938 tale mortalità rappresentò un sesto di quella avutasi nel 1932 e un decimo di quella avutasi nel 1917.

Un'altra prova della diminuzione della sifilide è data dalle reazioni serologiche nelle donne incinte: su 13.000 donne visitate durante il 1938 in cliniche ostetriche, maternità, ospedali, ecc., soltanto 0,83 % dettero Wassermann positiva. Nei bambini di età inferiore a 15 anni la riduzione della sifilide dal 1931 al 1938 risulta del 39 %; oltre i 15 anni non si è avuta regressione.

(Dal *Siècle Médical*, 1° sett. 1939).

Un po' dovunque.

Con decreto del Duce Capo del Governo la Principessa di Piemonte è stata nominata ispettrice nazionale delle infermiere della Croce Rossa Italiana. La signorina Maria Pironti e la duchessa Elisabetta Cito di Torrecuso sono state nominate vice-ispettrici.

I corsi di perfezionamento degli studi medici, annunziati da parte dell'Accademia di Berlino per i mesi di settembre-ottobre 1939, sono rinviati ad altra data.

A Bad Frankenhansen (Germania) è sorto un Istituto d'infortunistica, destinato a tutte le forze lavoratrici del Reich. Avrà scopi assistenziali e d'insegnamento.

A Bad Kreuznach (Germania) è sorto un grande sanatorio, che oltre ai compiti assistenziali avrà un programma scientifico, in collegamento con l'Università di Amburgo; sarà diretto dal docente Walter Komant.

L'Istituto per assicurazioni rurali della Sassonia ha organizzato una stazione per il trattamento e la rieducazione dei giovani deboli, minorati, infortunati o invalidi, allo scopo di metterli in grado di sopperire ai bisogni della mano d'opera, oggi molto sentiti. Nell'Istituto sono accolti giovani dei due sessi, di età compresa fra 14 e 19 anni, che soffrano di debolezza generale, oligoemia, esiti di paralisi infantili, di rachitismo, deformità congenite, senza tare neuro-psichiche ereditarie. Il trattamento dura da 6 a 7 settimane; i posti di lavoro già occupati dagli iscritti non vengono perduti.

I Ministeri dell'interno e delle finanze del Reich hanno deliberato la costruzione di un ospedale a Dessau, capace di 800 malati; la prima pietra verrà collocata durante il mese di settembre.

L'Università di California ha istituito una colonia di vacanze per bambini diabetici, dell'età da 7 a 16 anni. Questi possono dimorarvi 2 settimane. Le spese dell'iniziativa sono sostenute dalla Facoltà di medicina.

Negli Stati Uniti durante il 1938 si sono registrati 15.111 casi di vaiolo, contro 11.687 nel 1937 e 7.823 nel 1936. La malattia infierisce in specie nel nord dell'Ohio e nell'ovest del Mississipì. Nella maggior parte degli Stati in questa regione non si pratica la vaccinazione regolare. La malattia ha carattere benigno.

Un'ampia inchiesta condotta in Svizzera sulle condizioni sanitarie degli scolari ha accertato che 60 % di questi sono in buona salute; 38 % hanno bisogno di essere sanitariamente sorvegliati; 2 % hanno bisogno di cure immediate; 16 % soffrono di deficienze visive; 48 % hanno bisogno di cure dentarie.

Nelle scuole degli Stati Uniti durante il 1937 si sono praticate 898.506 vaccinazioni antidifteriche e 1.078.879 vaccinazioni antivaiolose.

Negli Stati Uniti si sono registrati 1713 casi di poliomielite durante il 1937; è l'incidenza più bassa avutasi dopo il 1915.

Nella Svezia fra il 1905 e il 1937 si sono registrati 25.000 casi di poliomielite.

A Boston si sono esaminati 6500 cadaveri, per accertare l'incidenza del cancro del pancreas; se ne sono trovati 40 casi; la proporzione tra uomini e donne risulta di 7:1.

Il 22 agosto venne festeggiata a Ginevra la fondazione della Croce Rossa, che ebbe luogo 75 anni or sono con la costituzione di un Comitato internazionale della Croce Rossa, ad iniziativa di Henry Dunant. Com'è noto, l'iniziativa aveva avuto un precursore in Palasciano.

Negli Stati Uniti la Federazione dei circoli di medichesse ha intrapreso una campagna per ridurre i rischi d'infortuni domestici, in specie quelli da fuoco.

Durante il Congresso che la Società di Dermatologia e Sifilografia terrà a Bologna dal 9 all'11 ottobre, sarà inaugurato un ricordo marmoreo a Domenico Majocchi.

Il 17 ottobre si inaugurerà una targa a Domenico Barduzzi, alle Acque della Salute di Livorno.

Il « Monitore zoologico italiano » compie quest'anno 50 anni di esistenza senza interruzioni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Bull. Méd., 27 mag. — Fegato.

Min. Med., 19 mag. — S. DE CANDIA e G. FLORIANI. Azione del timo sulla funzionalità epatica. — I. BETTONI e L. TENTI. Caratteristiche emat. nella tbc. polm.

Deut. Med. Woch., 2 giu. — ULRICI. Tbc. sconosciute. — LOMMEL. Profilassi di silicosi.

Edinb. Med. Journ., giu. — D. M. DUNLOP. Significato della glicosuria. — J. D. S. CAMERON. Proteine nel trattam. delle nefriti.

Rass. intern. di Cl. e Ter., 31 mag. — E. TRIMARCHI. Biopsia midollare da sternopuntura.

Rif. Med., 13 mag. — A. M. MICHELAZZI. Alterazioni transitorie e complesse del ritmo cardiaco.

Arch. Intern. Med., mag. — R. SPARKMAN. Urobilinoge H. — A. LINDBERG e al. Azione di soluzioni ipertoniche. — C. S. KEFEEFER e L. A. RANTZ. Azione della sulfanilamide sugli streptococchi emolitici.

Med. Welt., 3 giu. — Tbc.

Presse Méd., 3 giu. — G. RAMON. Anatossina tetanica. — L. TIXIER. Azioni del « Cymara scolymus » (carciofo).

Prestitioner, giu. — Malattie febbrili comuni.

Paris Méd., 3 giu. — Malattie infettive.

Arch. It. di An. e Ist. pat., mag. — G. DE GAETANI. Splenomegalie siderotiche. — L. VILLA, P. REDAELLI. Adenoma ipofisario a cellule fetali.

Marseille-Méd., 15 apr. — RISER e GÉRAUD. L'epilessia, malattia vasomotoria? — J. OLMER e al. Trattam. delle pneumopatie acute del vecchio con 693.

Med. Klinik, 2 giu. — E. KEESER. Come agiscono gli espettoranti. — R. HINGELMANN. Chemoterapia della tbc. con ac. formico.

Rif. Med., 3 giu. — S. DINI e G. MATTILI. Registraz. graf. dei toni e rumori del cuore. — C. GIBELLI. Insulinoidi vegetali.

Min. Med., 19 magg. — S. DE CANDIA e F. FLORIANI. Azione del timo sulla funzionalità epatica.

Clin. Med. It., genn.-apr. — B. NOLLI e A. BOLOGNA. Lipidi nei versamenti cavitari. — E. BARENGO. Fosfatasi plasmatica nei portatori di tumori metastatici delle ossa. — B. NOLLI. Press. arter. ai quattro arti. — A. FORCONI. Sindrome di Villaret in corso di brucellosi.

Münch. Med. Woch., 9 giu. — K. KISSKALT. Pseudo-igiene. — W. SCHÖNFELD. Meningite latente in corso di parotite epid. dell'adulto.

Bull. Ac. de Méd., 30 mag. — G. JEANNENEY e al. Diagn. biol. degli iperpituitarismi.

Giorn. di Cl. Med., 20 magg. — G. BALDACCI e F. RAGGI. Influenza del cloruro di sodio sulla glicemia. — G. LOMBARDO. Polipoptidemia nella tbc. polm.

Arch. p. le Sc. Med., magg. — G. SOTGIU. Cosidetta diatesi ossidasica.

Settim. Med., 4 magg. — L. CARMONA. Meccanismo d'az. delle vitamine (vitam. B).

Riv. Oto-Neuro-Oftalm., mar.-apr. — G. PINTUS. Trasmiss. del sordomutismo eredit. — F. D'AJUTOLO. Interventi per nevralgie del trig.

Min. Med., 26 magg. — L. BIANCALANA. Cura chirurg. delle sindromi di Ménière.

Rif. Med., 10 giu. — S. CACCURI. Cure del diab. m. con insulina e protamina e zinco.

Rev. Méd. Suisse Run., 10 giu. — M. ROCH. Febbre aftosa nell'uomo.

Giorn. Med. Mil., magg. — FILIBECK. Pneumot. spon. benigno. — PORRI e al. Passo romano.

Paris Méd., 10 giu. — E. BELGAIRIES e al. Sierodiagnosi della mononucleosi infettiva.

Indice alfabetico per materie.

Bibliografia . . . . Pag. 1697
Cancro del collo uterino inoperabile o recidivato: sindromi dolorose . . . » 1687
Cancro del pulmone e della pleura . » 1688
Cronaca del movimento corporativo . » 1703
Cure termali salsobromoiodiche e sistema nerv. vegetat. . . . . » 1675
Febbri tifoidi « intricate » » 1698
Malattia di Nicolas e Favre: trattam. » 1699
MAYO W. J. . . . . » 1687
Noduli di Gamna: struttura . . . . . » 1700
Orticaria cronica . . . . Pag. 1691
Paralisi infantile: trattam. . . . . . » 1698
Roentgenterapia anti-infiammatoria . » 1699
Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico » 1667
Sclerodermia . . . . » 1698
Terapia aspecifica: metodi . . . . » 1700
Tubercolosi polm.: emboloterapia . . 1681, 1682
Tubercolosi polm.: radiografie in serie » 1685
Tularemia: diagnosi . . . . » 1698

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 25 Settembre 1939 - XVII Num. 39

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: S. Diena: Sulla Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico.
Osservazioni cliniche: P. Orlandini: Un caso di Leishmaniosi cutanea osservato in A. O. nella regione di confine col Sudan Anglo-Egiziano.
Sunti e rassegne: SANGUE: G. Casolo e U. De Colle: Sopra un caso di anemia emolitica con emoglobinuria tipo Marchiafava-Micheli. — G. C. Brun: Il contenuto in colesterina dei globuli rossi del sangue umano. — J. Caroli, H. e B. Lavergne, B. Bose: Emorragie degli epatici. Tasso di protrombina e vitamina K. — A. P. Richardson: Rosso congo: azioni ematologiche. — A. P. Richardson: Rosso congo: assorbimento, distribuzione e permanenza nel sangue. — W. Andrus e C. Holman: La splenectomia in varie malattie del sangue. — RENI E VIE URINARIE: R. Liotier e P. Bonnefoi: Il blocco anestetico del peduncolo renale. — L. Zeiss: Nuovo metodo di cura conservativa della calcolosi ureterale. — G. Illyés: Pielite gravidica.
Discussioni importanti: Discussione sui progressi recenti nella cura della polmonite.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: L'asma mortale. — Terapia d'urgenza negli incidenti della cura pneumotoracica nella tubercolosi polmonare. — Gli ossicarbonismi ignorati. — La pellagra e la sua cura coll'acido nicotinico. — Esperimento di chimioterapia del tracoma per mezzo di un derivato glucosato del « 4:4' Diaminodifenilsulfone »; efficacità sul panno tracomatoso. — Osservazioni clinico-chirurgiche sull'ascaridosi. — MEDICINA SCIENTIFICA: Contributo all'infezione sperimentale di anofeli con Plasmodium malariae e inoculazione della malattia all'uomo. — Le funzione esterna del pancreas dopo resezione del nervo splancnico. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Medico delle Casse Mutue. Licenziamento. — Infortunio. Causa violenta. Concetto.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO RADIOTERAPICO RADIODIAGNOSTICO
ITALIANO - FIRENZE
Direttore: Prof. V. PALUMBO.

Sulla Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico.

Dott. SERGIO DIENA.

(*Continuazione e fine vedi numero precedente*).

Un secondo caso di iperidrosi è ancora più interessante: una donna di 38 anni, nubile, ipotesa (Px. 110 Pm. 70), con funzione mestruale regolare, nel cui passato figurano una gastrite ribelle per anni ad ogni cura, ed una colica renale, presentava nel marzo scorso a cavaliere della faccia mediale e di quella plantare di entrambi i calcagni una chiazza iperidrotica. Le due zone affette erano perfettamente uguali per dimensione, il diametro maggiore disposto in senso antero-posteriore misurava 12 centimetri, per forma, simile grosso modo ad un padiglione auricolare, ed erano ricoperte da cute disepitelizzata imbevuta di sierosità. L'affezione veramente grave, in quanto era resa penosa la deambulazione, datava da un anno e mezzo. Dapprima si praticò un'irradiazione Roentgen semipenetrante locale a sinistra che non portò alcuna modificazione poi si ricorse, dopo un mese di riposo, ad un'applicazione sul tratto lombare della catena ganglionare del simpatico di sinistra (distanza cm. 31; campo 6 × 8; kV 170; mA 4; filtraggio 0,7 Cu + 1 Al; 200 r). Durante la prima settimana dopo questa irradiazione si ebbe un miglioramento a sinistra poi riprese il decorso primitivo. Dopo tre settimane si ripetè l'irradiazione e questa volta il vantaggio fu bilaterale e durò un mese; esauritasi anche questa azione si procedette ad un terzo tentativo (l'applicazione Roentgen fu identica alle due precedenti) che fu coronato da pieno successo in quanto dopo pochi giorni scomparve ogni disturbo e la pelle tornò normale; una visita di controllo dopo tre mesi ha confermato il pieno benessere.

La letteratura riguardante il trattamento Roentgen indiretto della cheratodermia palmare e plantare è relativamente recente in quanto risale al 1929. I successi riportati da Guerrini, Ferrari, Chautriot con irradiazione vertebrale e le esperienze di Morpurgo e Ponzo depongono per un'origine da disquilibrio vegetativo della affezione.

Un caso di ipercheratosi simmetrica non ereditaria palmare e plantare è stato curato nell'Istituto Radioterapico nel 1935; si trattava di un uomo di 40 anni, senza turbe endocrine clinicamente rilevabili, in cui la forma si era manifestata, in modo più grave ai piedi, tre anni prima. Oltre applicazioni Roentgen semipenetranti locali si sono somministrati sui gangli stellati e da ambo i lati sul tratto dorsale inferiore 200 r. (33 cm.; 170 kV; 4 mA; 0,7 Cu + 1 Al). Un mese dopo si constatava un miglioramento in tutte le localizzazioni.

La rapidissima guarigione, senza postumi neuritici, di un caso di Herpes Zoster della parete laterale del torace trattato con una irradiazione del corrispondente tratto della catena ganglionare dello stesso lato depone per l'efficacia di tale metodo curativo in questa malattia.

La sclerodermia che, secondo la maggior parte degli AA., dipende da un'alterazione delle fibre periferiche parasimpatiche, è suscettibile di miglioramento con l'irradiazione indiretta. Viganò nel 1922 ha comunicato i primi successi. Egli aveva esteso il trattamento a numerose ghiandole endocrine. Nel 1934 si è presentata una signorina di 27 anni, nubile, senza alcun precedente morboso nè personale nè famigliare che dalla nascita era affetta da sclerodermia generalizzata più grave agli arti e alla faccia. Nessuna cura era stata praticata fino ad un anno prima quando fu sottoposta a terapia pluriglandolare riportando un evidente ma transitorio vantaggio. Dopo aver tentato, senza risultato, applicazioni di Marconiterapia sul collo, pensando che il trattamento opoterapico era stato, a parte la persistenza del risultato, positivo, si è ricorsi all'irradiazione Roentgen della tiroide. Dopo una sola applicazione per lato (cm. 31 di distanza fuoco-pelle; campo 6 × 8; kV 170; filtraggio 0,7 Cu + 1 Al) la forma è migliorata e tal miglioramento persiste tuttora.

Attualmente abbiamo in cura un altro caso tipico di sclerodermia caratterizzato da una chiazza unica quasi circolare di dieci centimetri di diametro comparsa circa un anno fa sulla parete laterale sinistra del torace. In questo frattempo sono state provate inutilmente una infinità di pomate. Si è ricorsi all'irradiazione del tratto cervicale e dorsale della catena ganglionare di sinistra (due applicazioni di 200 r.); il ciclo è stato ripetuto dopo tre settimane occupando il periodo di intervallo con applicazioni locali di Ultra-Violetti. La chiazza è in continua evidente regressione sia per l'estensione che per l'infiltramento.

Ventotto ammalati di psoriasi sono stati trattati in via indiretta con Roentgen nell'Istituto Radioterapico. Si è avuto così modo di constatare la radiosensibilità delle singole varietà morfologiche nonchè di osservare se esistono, a seconda della sede colpita, risposte diverse.

Due metodi sono stati seguiti: l'irradiazione timo-tiroidea e quella paravertebrale. La prima è stata limitata, perchè altrimenti infruttuosa, ai casi in cui erano concomitanti o clinici segni di iperfunzione tiroidea od aumento del Metabolismo basale. Non si sono notate differenze nei risultati ottenuti coi due sistemi. Quasi costantemente si è avuta la cessazione più o meno duratura del prurito, alcune volte il miglioramento ed anche la scomparsa della manifestazione cutanea. In una donna (Metabolismo basale aumentato del 30 %), curata nel giugno 1936, è bastata la somministrazione di 200 r. sulla tiroide per avere la definitiva scomparsa di una forma a medie chiazze limitata agli arti inferiori. Altre due guarigioni persistenti rispettivamente dal 1935 e dal 1936 si sono verificate con l'irradiazione paravertebrale in due casi di psoriasi guttata diffusa a tutto l'ambito cutaneo

L'irraggiamento locale è stato effettuato solo quando in via indiretta non si ottennero modificazioni soddisfacenti. Le varietà più sensibili sono state la guttata e quella a piccole chiazze, le sedi più favorevoli gli arti superiori ed il cuoio capelluto.

Ancora più soddisfacente è la casistica riguardante gli eczemi perchè in molti casi è stato associato il trattamento emanoterapico. In questa dermatosi l'irradiazione indiretta ha determinato costantemente la cessazione del prurito, inoltre rari sono stati i casi in cui la cute non sia ritornata normale, spesso in modo definitivo.

L'eczema lichenoide, chiamato anche neurodermite, è il più sensibile all'irraggiamento alfa dell'emanazione specie quando si è fatto precedere il trattamento Roentgenterapico dei centri nervosi vegetativi.

Trenta casi sono stati curati; mi limito a

dire brevemente dei più dimostrativi. Una forma generalizzata a chiazze infiltrate, molto pruriginosa, datante da sei mesi in donna di 45 anni certamente uricemica, curata con bilaterale irradiazione Roentgen delle catene ganglionari e successivamente con Emanoterapia è stabilmente guarita dalla fine del 1936, la cute inoltre è ovunque elastica e non infiltrata.

Un eczema umido grave della faccia dorsale delle mani, resistente da due anni a tutte le cure mediche, nel cui trattamento si è associata l'irradiazione locale Roentgen semipenetrante all'irradiazione dei gangli stellati e del tratto cervico-dorsale delle catene ganglionari e che dopo tre settimane è stato inviato a Montecatini per l'Emanoterapia, è guarito perfettamente da un anno e mezzo.

Una riacutizzazione di eczema cronico limitato alla faccia flessoria degli arti superiori in signorina di 17 anni, perfettamente sana, è regredita completamente dopo una semplice bilaterale somministrazione di 200 R sulla regione dorsale superiore.

Un tipico eczema orticariforme degli arti superiori e del tronco, pruriginosissimo, ribelle ad ogni cura precedente, in uomo di 36 anni, è guarito dai primi mesi del 1937 in seguito all'irradiazione dei gangli stellati, delle regioni cervicali e dorsali ed a un ciclo unico di Emanoterapia per bagno e bevanda praticato a Montecatini.

La Radioterapia è spesso il rimedio eroico dei pruriti con o senza alterazioni cutanee associate; utile è a tal riguardo unire alle irradiazioni del tratto cervico-dorsale e lombosacrale, a seconda che la localizzazione è alla metà superiore o inferiore del corpo, applicazioni superficiali locali che per altro non sono necessarie. Si è osservato infatti di frequente, nel corso di trattamenti per altre affezioni, con la semplice irradiazione ganglionare, la scomparsa progressiva del prurito e delle lesioni cutanee senza reazioni apprezzabili. Più veloce è la risoluzione quando si praticano anche irradiazioni superficiali; in tali casi si verifica spesso alcune ore dopo l'irraggiamento una esacerbazione della sintomatologia che per altro presto si dilegua.

A più di un centinaio risalgono i casi di prurito trattati nell'Istituto Radioterapico, nella maggioranza di essi ci si è limitati, sempre con soddisfacenti risultati, ad applicazioni Roentgen superficiali locali che verosimilmente esplicano la loro azione sugli apparecchi nervosi periferici della cute ed attraverso questi modificano il regime circolatorio locale. Si è ricorsi anche all'irradiazione ganglionare quando si trattava di forme particolarmente gravi. Nove sono stati per pruriti i trattamenti misti; di questi, otto per forme anali e anovulvari sine materia. L'irradiazione ganglionare è stata praticata su due campi per lato comprendendo tutto il tratto lombo-sacrale. La distanza fuoco-pelle ha variato tra 31 e 41 cm., la dose somministrata tra 200 e 300 r. per campo.

Solo una volta è stato necessario un secondo ciclo; si può così annoverare nel prurito ano-vulvare sine materia il 100 % di esiti positivi. Il nono caso riguarda un prurito essenziale, diffuso, per il quale si è ricorso, ottenendo in 24 ore un notevolissimo miglioramento, oltre alle solite applicazioni superficiali, alla erogazione di dosi Roentgen semipenetranti (200 r.) su tutta l'estensione delle catene ganglionari del simpatico.

AFFEZIONI RESPIRATORIE.

L'irradiazione del torace e quella della milza che costituiscono i due metodi fondamentali nel trattamento Roentgenterapico dell'asma bronchiale sono stati entrambi trovati per pura accidentalità.

Scilling infatti nel 1906 dopo un prolungato esame radioscopico del torace di un asmatico constatò la guarigione dell'asma. Drey e Lossen osservarono la regressione della sindrome respiratoria in un leucemico asmatico cui erano state praticate applicazioni Roentgen sulla milza.

Klewitz mediante l'irradiazione di tutto il torace su quattro campi posteriori e tre anteriori annovera, in 24 casi, 5 guarigioni, 11 miglioramenti, 8 insuccessi; Parrisius e Marum dicono di ottenere risultati migliori limitando l'irradiazione agli ili con un campo anteriore e uno posteriore. Groedel con l'irradiazione splenica ha avuto, su 30 ammalati, 6 guarigioni, 15 miglioramenti, 6 insuccessi. Pasteur Vallery-Radot per primo ha associato le due tecniche ottenendo il 30 % di guarigioni, il 40 % di miglioramenti, il 30 % di insuccessi.

Nell'Istituto Radioterapico si è seguito il metodo misto irradiando sia gli ili polmonari che la milza. Questa la tecnica: 10 cicli distanziati di una settimana e composti ciascuno di una applicazione sternale, di una infrascapolare, di due sulla milza. Le quattro irradiazioni (distanza fuoco-pelle 41 cm.; kV 170; mA 4; filtraggio: 0,7 Cu + 1 Al; 1/10 HED) vengono eseguite nella stessa giornata.

Di 24 casi trattati, 7 sono guariti, 11 migliorati, 4 persi di vista, 2 immodificati.

Per ognuno dei fattori costituenti il complesso meccanismo patogenetico delle crisi di asma è stata emessa un'ipotesi che spiegasse la guarigione dell'affezione con la Roentgenterapia. Si è creduto siano modificate le cosidette spine irritative, si è pensato ad un'azione sui liquidi circolanti impedente lo choc colloidoclasico, ad una diminuita eccitabilità del vago. Quando si pone, seguendo gli studi più recenti, l'asma bronchiale fra le vagotonie od in senso più largo fra gli squilibri neurovegetativi occorre pure pensare che l'azione dei raggi Roentgen si svolga verosimilmente sul sistema vegetativo stesso alterato.

Affezioni digestive.

La Roentgenterapia dell'ulcera gastrica e degli stati ipercloridrici è nata dall'avere Kodon e Bruegel nel 1914 osservato e comunicato una diminuzione della secrezione gastrica in seguito alla irradiazione, diminuzione che non è preceduta (come la pratica clinica conferma) da una iniziale fase di aumento da alcuni AA. sostenuta. Tanto l'acido cloridrico che la pepsina così diminuiscono per effetto dei raggi Roentgen, ma mentre le oscillazioni del primo sono notevoli, la pepsina varia meno ma in modo più duraturo.

Sembra esistere una certa abitudine alla ir radiazione in quanto a volte si è visto che un secondo trattamento, seppure ancora efficace, abbassa il tasso della secrezione meno del primo. Tanto più inizialmente l'acidità è forte tanto più sarà rilevante l'azione dei raggi, questo spiega perchè gli affetti da disturbi gastrici funzionali traggono maggior vantaggio degli ulcerosi da questa cura. Oltre un'azione iposecretiva i raggi ne posseggono una spasmolitica in caso di pilorospasmo e di biloculazioni spasmodiche. Nei riguardi del potere antidolorifico non esiste alcun testo obiettivo, occorre perciò rimettersi alle dichiarazioni, spesso imprecise, dei malati tenendo sempre conto della evoluzione capricciosa dell'ulcera gastrica. Il miglioramento è stato alcune volte duraturo, alcune volte passeggero. Sulla possibilità di una guarigione anatomica dell'ulcera in seguito ad applicazioni di raggi Roentgen i pareri sono discordi: Kodon e Lenk l'affermano, Oury si mostra riservato. Buoni risultati si ottengono costantemente in caso di emorragia coll'associazione delle irradiazioni dirette a quelle spleniche.

Poco sensibile alla irradiazione è l'ulcera callosa che resta pertanto di dominio chirurgico; la radioterapia trova la sua indicazione nell'ulcera ancora beneficiabile da cure mediche, ma non si sostituisce a queste, si pone loro al fianco per aumentare le possibilità di guarigioni incruente.

Ho già detto più sopra che i risultati migliori si ottengono nel trattamento delle turbe funzionali.

Nove casi di ulcera gastro-duodenale sono stati curati nell'Istituto Radioterapico; uno di essi non è da considerarsi nella presente statistica poichè il decorso successivo ha dimostrato trattarsi di forma maligna.

Se quattro pazienti non hanno ricevuto vantaggio dalla cura, tre sono notevolmente migliorati, uno è guarito.

Si è irradiato il tratto dorsale della colonna con un unico campo centrale dalla quinta alla decima vertebra compresa. È stato praticato un ciclo di quattro applicazioni, distanziate di una settimana, erogando in ciascuna di queste 150 r. a 33 cm.; 170 kV; 4 mA; 0,5 Cu + 1 Al. di filtraggio.

Al ciclo sopradetto si è aggiunto un campo anteriore centrato sullo stomaco col quale si sono somministrate dosi variabili fra 200 e 300 r. seguendo le stesse modalità tecniche dei campi posteriori.

Affezioni vascolari periferiche.

Di due forme voglio parlare, una, la malattia di Reynaud, legata ad alterazioni funzionali di tipo vasomotorio; l'altra, l'endoarterite obliterante di natura arteriosclerotica, sostenuta da alterazioni organiche della parete vascolare.

Le crisi di sincope e di asfissia locale caratteristiche della malattia di Reynaud sono nella maggioranza dei casi accompagnate o da lesioni dei centri nervosi, dei nervi periferici, dei gangli simpatici, dei vasi o da intossicazione ad effetto vasocostrittivo (tabacco, alcool, morfina, ecc.) o da infezioni croniche quali la tubercolosi, la sifilide, la malaria. A volte però la causa è sconosciuta. I primi risultati favorevoli ottenuti con la irradiazione dei centri simpatici sono di Hamman, Beal, Jagoda, Borak (1926), Delherm e Beau (1927). Le comunicazioni posteriori confermano tutte l'efficacia curativa del trattamento fisico. La maggior parte degli AA. hanno associato l'irradiazione delle catene gangliari a quella degli incroci vascolari (regioni ascellari e inguinali).

Il primo caso curato nell'Istituto Radiotera-

pico si riferisce ad una donna di 30 anni con precedenti specifici tbc. a carico dell'apparato respiratorio. Presentatasi nel giugno 1937 ha raccontato che negli ultimi quattro inverni compariva un intermittente impallidimento delle dita delle mani accompagnato da senso di peso, di bruciore e da dolore. Nell'ultimo inverno l'impallidimento si era anche esteso al palmo delle mani. Da quindici giorni era comparsa una cianosi persistente del quinto dito della mano destra. Sono stati irradiati i gangli stellati e le regioni cervico-dorsali bilateralmente (31 cm. di distanza, 170 kV, mA 4, 0,7 Cu + 1 Al, 150 r. per campo). Lo stesso ciclo è stato ripetuto nel luglio e nell'ottobre dello stesso anno. Ad una visita di controllo degli ultimi giorni del dicembre si constatava la scomparsa della cianosi e la rarità, nonostante la stagione invernale, dell'insorgenza delle crisi di impallidimento che per altro non erano accompagnate da alcuna sensazione subiettiva.

Pure buono è stato il risultato in donna di 28 anni, senza precedenti morbosi, che da dieci anni presentava la sindrome classica della malattia di Reynaud a carico delle mani. Furono praticati tre cicli a distanza di tre settimane, composti di quattro irradiazioni (150 r. ciascuna) su entrambe le regioni cervicali e dorsali. Alla fine del trattamento le crisi ischemiche erano scomparse.

Per quanto riguarda la forma organica, ben più grave dal punto di vista prognostico della precedente, può affermarsi che il trattamento irradiante deve considerarsi, secondo la totalità degli AA., per lo meno della stessa efficacia degli interventi chirurgici sul simpatico, quali la ganglioctomia e la simpatectomia periarteriale, evitando però di creare uno stato di vasodilatazione permanente ma al contrario determinando una certa rieducazione vasomotoria. L'intervento demolitore, quando si renda necessario, non è mai danneggiato dal precedente tentativo fisico che alcune volte (osservazione di Le Roy des Barres, 1932) ha consentito un'amputazione più economica.

Nell'ottobre 1936 si presentava all'Istituto Radioterapico una signora di 60 anni, diabetica ed ipertesa che da tre anni accusava un forte dolore all'arto inferiore destro insorgente durante il cammino ed un dolore continuativo notturno a quello di sinistra. L'esame oscillometrico aveva dimostrato abolizione del tracciato in corrispondenza di entrambe le gambe. Erano state fatte iniezioni di acetilcolina senza vantaggio. Si somministrò mezza HED a 41 cm. su quattro campi in corrispondenza delle regioni lombo-sacrali; dopo due mesi si ripetè il ciclo. Subito dopo la prima irradiazione ogni dolore scomparve in modo persistente, un mese dopo la fine del trattamento erano ricomparse le oscillazioni alle arterie tibiali.

Nel luglio del corrente anno si è presentata una donna di 69 anni, immune da precedenti morbosi, cui negli ultimi due anni s'erano manifestati attacchi di claudicazione intermittente ad entrambi gli arti inferiori. Da quindici giorni: dolore violentissimo continuo, a tutto il piede sinistro, impallidimento, diminuzione rispetto l'altro piede di calore al termotatto, scomparsa del polso pedidio. La deambulazione era impossibile, le condizioni generali s'erano fatte scadentissime. Oltre applicazioni locali di Marconiterapia si irradiarono le regioni lombo-sacrali con quattro campi (150 r. a 33 cm.). Il ciclo venne ripetuto due volte con tre settimane di intervallo. Nell'ottobre si constatò la scomparsa completa dei dolori, lo stato trofico perfetto dei tessuti molli del piede sinistro, la possibile normale deambulazione, il miglioramento cospicuo delle condizioni generali.

AFFEZIONI ENDOCRINE.

Se la sindrome di Flaiani-Basedow vera, cioè caratterizzata oltre che dal tripode sintomatologico classico (aumento del Metabolismo basale, dimagramento, tachicardia) da segni di squilibrio simpatico (iperemotività, tremore, crisi sudorali, turbe vaso-motorie), costituisce un'indicazione precisa per la Roentgenterapia, anche il gozzo basedowizzato e le forme cistiche ottengono spesso, contrariamente all'opinione della maggioranza degli AA., dallo stesso mezzo di cura considerevoli vantaggi.

Dai primi casi trattati da Williams nel 1902 ad oggi migliaia di ammalati hanno tratto giovamento dalla fisioterapia e ciò specialmente in questi ultimi anni da che, miglioratasi la tecnica, è possibile da un lato frenare l'attività della tiroide senza sopprimerla, dall'altro risparmiare i tessuti radiosensibili vicini cioè la pelle e la mucosa laringea.

La Roentgenterapia, che secondo la media delle statistiche più recenti dà l'83 % fra guarigioni e miglioramenti tali da consentire la vita normale e che con tecnica adatta può oggi essere considerata senza pericolo, è certamente superiore ad ogni trattamento medico e non preclude, in caso di insuccesso, la via all'intervento chirurgico che secondo Durante è facilitato dal fatto che l'emostasi è più agevole nei malati precedentemente irradiati.

Il controllo dei risultati terapeutici riposa sull'osservazione del Metabolismo basale, del polso e del peso. Fra i sintomi tossici facilmente regrediscono l'aumentato ricambio, la tachicardia, il dimagramento, meno la tumefazione del collo; fra le turbe simpatiche cedono facilmente l'iperemotività e il tremore, meno le crisi vasomotorie. L'esoftalmo, che è il sintoma più ribelle, scompare solamente del 30 % dei casi.

Importanza grande per il buon esito del trattamento, specie nei casi gravi, ha il più assoluto riposo fisico e mentale che si ottiene unicamente col ricovero in case di cura dove in modo congruo può regolarsi l'alimentazione e la somministrazione, utile nel primo periodo di cura, di medicamenti a scopo sintomatico.

Per quanto riguarda il meccanismo di azione dei raggi Roentgen ricordo che dopo l'irradiazione diretta della tiroide si riscontra una sclerosi interstiziale predominante nelle parti superficiali della ghiandola con atrofia dell'epitelio di rivestimento e rarità degli ammassi epiteliali, rilievo da un esame anatomopatologico praticato nel 1936 da Durante dopo tiroidectomia di un basedowiano precedentemente irradiato da Perussia.

Langer afferma che oltre le sopradette modificazioni anatomiche occorre mettere in causa un'azione sul sistema neuro-vegetativo per spiegare i benefici ottenuti dal trattamento tanto più che il simpatico cervicale è compreso nei campi di irradiazione sulla tiroide ed il ganglio stellato in quello retro-sternale o timico. Tale campo spesso viene aggiunto ai precedenti sia perchè è risaputa la frequente comparsa nei basedowiani di una ipertrofia del timo caratterizzata dalla stessa iperplasia epiteliale trovata nella tiroide, sia per l'eventuale presenza di uno struma retrosternale.

Avvalora l'ipotesi di Langer la constatazione di miglioramenti, sia pur transitori e di modica entità, ottenuti da Delherm nella stessa malattia con irradiazioni pararachidee dorso-lombari che agiscono sulla funzionalità tiroidea in via indiretta.

Nell'Istituto Radioterapico sono stati trattati 77 casi di Ipertireotossicosi; di questi 52 rappresentavano sindromi tipiche, i rimanenti si mostravano mancanti di uno o più sintomi fondamentali.

Due sono state le tecniche di irradiazione adottate, l'una proposta dal prof. Pende, l'altra dal prof. Palumbo.

Secondo la prima vengono praticati distanziati di tre settimane, a seconda della gravità e della resistenza della forma, due o tre cicli di cura composti ciascuno di dodici applicazioni che sono effettuate a giorni alterni secondo le seguenti modalità: distanza fuoco-pelle 41 cm.; campo 6 × 8; kV 158; mA 2,5; filtraggio: 0,5 Zn + 3 Al; 100 r. Vengono così in ogni ciclo somministrati su ciascuno dei lobi tiroidei 600 r. Col sistema Palumbo, se l'irradiazione a volte si effettua su due soli campi tiroidei, per lo più si aggiunge un terzo campo sul manubrio sternale. Le due o tre applicazioni costituenti ogni ciclo (distanza 31 cm., campo 6 × 8; kV 170; mA 4; filtraggio: 0,7 Cu + 1 Al; 200 r.) vengono praticate in giorni consecutivi; ogni ciclo a distanza di tre quattro settimane.

Se differenze rilevanti non si sono riscontrate nei risultati ottenuti con l'uno o l'altro sistema, debbo dire che con le dosi maggiori e più refratte più velocemente si risolvono stati morbosi anche gravissimi.

Complessivamente si sono avute 65 (84 %) fra guarigioni e miglioramenti tali da consentire le normali occupazioni; 7 (9 %) persi di vista; 5 (6 %) risultati insufficenti.

Dico brevemente, a tal punto, di cinque casi, tre dei quali, se pur tipici, interessano per la velocità con la quale si è ottenuta la regressione completa della grasivvima sintomatologia morbosa; gli altri per il risultato buono ottenuto dato che si tratta di forme comunemente considerate radioresistenti.

1ª OSSERVAZIONE. — L. A., donna coniugata, di a. 28; nessun precedente personale e famigliare importante, caso tipico, prima del trattamento; tecnica Palumbo. (1° febbraio 1937, Fotog. n. 5).
Circonferenza collo cm. 37,5.
Peso Kg. 60,8.
Pulsazioni per m' 135-140.
Al 20 ottobre 1937 (Fotografia n. 6):
Circonferenza collo cm. 34.
Peso Kg. 67,5.
Pulsazioni al m' 80.
Assenza di ogni disturbo subiettivo.

2ª OSSERVAZIONE. — T. F., donna coniugata di 50 a. Anamnesi negativa, in un anno dimagramento di 30 Kg., caso tipico, prima del trattamento; tecnica Palumbo. (6 novembre 1933, Fotog. n. 7):
Circonferenza collo cm. 29,5.
Peso Kg. 31,5.
Pulsazioni al m' 120-130.
Al 23 settembre 1934 (Fotografia n. 8):
Circoferenza collo cm. 34.
Peso Kg. 60.
Pulsazioni al m' 85-90.
Perfetta euforia.

3ª OSSERVAZIONE. — M. P., uomo di 38 a., diabetico, caso a sindrome completa, in tre mesi dimagrito di 17 Kg., prima del trattamento; tecnica Palumbo. (21 marzo 1936):

Circonferenza collo cm. 40.
Peso Kg. 56,3.
Pulsazioni al m' 100-110.



FIG. 5.



FIG. 6.

Metabolismo basale: + 132 %.
Dopo il trattamento (23 giugno 1936):
Circonferenza collo cm. 39.
Peso Kg. 66,5.
Pulsazioni al m' 85-90.
Metabolismo basale: + 43 %.



FIG. 7.



FIG. 8.

Regressione cospicua della sintomatologia morbosa.

4ª OSSERVAZIONE. — P. O., a. 40, vedova, gozzo

basedowizzato da due anni: emotività, insonnia, lieve dimagramento progressivo.

Prima del trattamento; tecnica Palumbo (5 novembre 1935):

Circonferenza del collo cm. 36.
Peso Kg. 53,2.
Pulsazioni al m' 85-90.
Al 3 aprile 1936:
Circonferenza collo cm. 37.
Peso Kg. 55,4.
Pulsazioni al m' 70-75.
Scomparsa dei disturbi subiettivi.

5ª OSSERVAZIONE. — V. E., a. 51, coniugato, forma cistica del lobo sinistro della tiroide causa da due anni di insonnia e di ipereccitabilità. Il 17 maggio 1936 la circonferenza del collo era di cm. 42, dopo il trattamento, tecnica Palumbo, essa era scesa a cm. 40; era inoltre subentrato perfetto benessere.

Pende ha posto il quadro sintomatologico col quale si estrinseca l'iperfunzionalità timica. Comuni ai due sessi sono un eccessivo sviluppo in altezza, uno stato di puerilismo psichico, un ritardo nello sviluppo e nella funzione sessuale, a volte adiposità e mascromia; nei maschi si riscontra spesso femminilismo adiposo e ritardo nella discesa dei testicoli, nelle femmine ipovarismo e amenorrea.

Pende ha pure fissata la tecnica Roentgenterapica mediante la quale influenzare la ghiandola incriminata. Si praticano tre cicli distanziati di tre settimane e composti di quattro irradiazioni a giorni alterni sulla regione del manubrio sternale (distanza fuoco-pelle cm. 31; kV 170; mA 4; filtro: 0,5 Cu + 1 Al.; 100 r.).

Si associa al trattamento fisico una cura opoterapica indirizzata a compensare le concomitanti frequenti alterazioni di altre ghiandole endocrine in ispecie l'ipofunzione ipofisaria e l'iperfunzionalità della corticale surrenale.

Sette sono stati i casi trattati: in quattro si sono avuti miglioramenti considerevoli, in tre piccole modificazioni, nessun caso è peggiorato.

L'irradiazione del timo con la stessa tecnica sopra riportata è stata proposta dal Pende in un caso molto grave di epilessia. Trattavasi di donna nubile di 25 a., senza precedenti morbosi, cui da dieci anni circa s'era instaurato un tipico quadro epilettico; nel mese precedente il trattamento si era verificato in media più di un attacco giornaliero. Tutte le cure mediche tentate erano state inefficaci. Buone le condizioni generali.

Il primo ciclo di raggi Roentgen è iniziato il 17 giugno 1937; contemporaneamente si sono praticate iniezioni di un preparato opoterapico di lobo posteriore ipofisario.

Ogni attacco è cessato alla seconda irradiazione. Nel periodo intervallare fra il secondo e il terzo ciclo un disturbo gastro-enterico ha fatto che ricomparissero gli accessi, però il successivo trattamento irradiante ha portato il ritorno della più perfetta normalità che tuttora persiste.

CONCLUSIONE.

Abrami in una magistrale lezione ha chiaramente detta tutta l'importanza che le turbe funzionali, cioè quei fenomeni patologici che possono interessare qualsivoglia funzione e che non sono sostenuti da alcuna lesione anatomica, rivestono venendo così ad occupare un posto prediminante nella Patologia.

A turbe funzionali, e secondo Abrami più della metà delle malattie sono senza base organica, dipendono manifestazioni che dalle più benigne possono giungere alla sincope mortale.

Ebbene le turbe funzionali sono essenzialmente turbe nervoso-vegetative legate a squilibri vaso-motori e secretori, a spasmi arteriosi, a contratture muscolari. Il sistema neuro-vegetativo oltre presiedere all'armonico equilibrio fra le attività dei singoli organi adattando queste ai mutevoli bisogni dell'organismo in riguardo specialmente delle diverse condizioni create dall'ambiente esterno, determina per se solo vari stati morbosi.

Le alterazioni esclusivamente o prevalentemente funzionali possono essere curate con mezzi medici, chirurgici, fisici.

Allorchè venne dimostrata l'antitesi fra la funzionalità dei due sistemi simpatico e parasimpatico e vennero introdotte sostanze ad azione farmacodinamica elettiva nel senso di stimolo o di depressione su uno o sull'altro sistema, si credette risolta la terapia vegetativa.

L'osservazione però che non potevano riportarsi all'uomo i risultati ottenuti in via sperimentale sugli animali, la constatazione di frequenti effetti paradossali in quanto quasi tutte le sostanze medicamentose sono capaci di agire su entrambi i sistemi, la variabilità d'azione a seconda dello stato funzionale anteriore del sistema che si vuole influenzare, le particolari reazioni degli apparecchi autonomi periferici, fecero sì che molte riserve si opponessero all'uso sistematico di mezzi medici nelle turbe vegetative.

I mezzi chirurgici, prescindendo dalle difficoltà e dai pericoli che può presentare la loro esecuzione, data la nebulosità che avvolge tutta la fisiologia del sistema autonomo, nella maggioranza dei casi vengono praticati come semplici tentativi.

Tutti gli interventi del genere si prefiggono un effetto locale per mezzo della interruzione

a volte di una eccitazione centripeta a volte della risposta che in via centrifuga si ha a questa eccitazione. La vasta bibliografia sull'argomento dimostra d'altra parte che i mezzi fisici ed in particolare l'irraggiamento Roentgen possono determinare gli stessi effetti locali.

Questa possibilità unita all'assoluta mancanza di pericolo per il paziente ed al fatto che non si preclude, in caso di insuccesso, la via anche all'intervento cruento, determina in noi il convincimento della opportunità di ricorrere sistematicamente all'azione delle irradiazioni radio-attive che potranno sempre migliorare o guarire, senza mai nuocere agli infermi.

BIBLIOGRAFIA.

Abrami. *Les troubles fonctionnels en pathologie*. La Presse Médicale, n. 103, dicembre 1936.

Balli. *Trattato di Radiobiologia*, 1937.

Bensaude-Salomon-Oury. *Le traitement radiothérapique des affections gastriques non néoplasiques*. Presse Médicale, n. 50, 1925.

Bergami. *Elettrofisiologia del sistema nervoso autonomo*. Bollettino della Soc. It. di Biologia Sperimentale, novembre 1935.

Biancani. *Trattamenti fisici dell'asma*. Relazione al I Congresso Internazionle dell'asma. Le Mont-Dore, 1932.

Castellino-Pende. *Patologia del simpatico*, 1915.

Chiarugi. *Anatomia dell'uomo*, 1930.

Danielopolu. *Schéma anatomo-patologique du système nerveuse végétatif*. La Presse Médicale, n. 34, 1938.

Delherm et Beau. *La diathérmie et la Radiothérapie dans le traitement de l'artérite oblitérante*. Journal de Radiologie et d'Electrologie, n. 7, 1929.

Id. *La Radiothérapie des syndromes organo-végétatifs*, 1935.

Frugoni-Melli-Schiassi. *Stati allergici, diatesi e anomalie costituzionali*. Medicina Interna, Ed. Minerva Medica.

Gerbi. *L'esplorazione funzionale del sistema neurovegetativo*. Opera Medica Wassermann, 1937.

Gibert. *La Radiothérapie de l'asthme*. Journ. de Radiol., 1927.

Gouin et Bienvenue. *Radiothérapie simpatique dans les dermatoses*, Journal de Radiol., 1927.

Guarini. *La Roentgenterapia del simpatico*. Relazione all'XI Congresso Italiano di Radiologia Medica, Perugia, 1934.

Langeron et Desplat. *La Radiothérapie fonctionnelle sympathique et glandulaire*. Questions med. d'actualité, 1933.

Langley. *The autonomie nervous system*. 1921.

Lapenna. *Fondamenti radiobiologici della roentgen-irradiazione della cute umana*. Scritti Ital. di Radiobiologia medica, fasc. IV, 1936.

Lunedei. *Patologia del sistema nervoso vegetativo e degli organi endocrini*. Medicina Interna, Ed. Minerva Medica.

Milani. *La Radiothérapie des affections inflammatoires*. Relazione al Congresso Internazionale di Radiologia, Parigi, 1931.

Monier, Vinard, Delherm et Beau. *La diathérmie et la radiothérapie dans la maladie de Raynaud*. Monde Médical, 1929.

Ottonello. *Patologia del sistema nervoso autonomo*. Bollettino della Soc. It. di Biolog. Sperimentale, novembre, 1935.

Palumbo. *Curieterapia in dermatologia*, 1937.

Pasteur Vallery Radot, Gibert et Blamoutier. *Le traitement de l'asthme et de ses equivalents respiratoires par la radiothérapie*. Comunicazione al I Congresso Intern. dell'asma, Le Mont-Dore, 1932.

Pescatori. *Influenza delle radiazioni sul sistema neuro vegetativo*. Giornale di Radiologia e Fisica Medica, 1931.

Roussy et Mosinger. *Quelques donnée récents fournies par l'étude histophisiologique du système neurovégétatif*. La Presse Médicale, n. 23, marzo 1937.

Scotti Douglas. *Diagnostica funzionale endocrinologica*. Opera Medica Wassermann. 1937.

Spadolini. *Fisiologia generale del sistema nervoso autonomo*. Bollettino della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, novembre 1935.

Id. *Concetti moderni della costituzione anatomo funzionale del sistema nervoso della vita vegetativa*. Biologia Medica, vol. XII, n. 10.

Terni. *Sulla moderna morfologia del sistema autonomo*. Bollettino della Soc. Ital. di Biologia Sperimentale, novembre 1935.

Tinel. *Le système nerveuse végétatif*, 1937.

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

Un caso di Leishmaniosi cutanea osservato in A. O. nella regione di confine col Sudan Anglo-Egiziano.

Dott. Pietro Orlandini, capitano medico.

Accompagnando una Missione Militare che ha di recente percorso il confine Anglo-Egiziano, nella zona segnata dai fiumi Pibor e Akobo, ho avuto occasione di osservare un caso di Leishmaniosi cutanea in un indigeno Nuer di recente arruolatosi al nostro servizio coloniale.

Le varie forme di Leishmaniosi, sia cutanee che viscerali, sono causate dai corpi di Leishmann, che sono protozoi flagellati adattatisi alla vita parassitaria intracellulare.

Questi parassiti, scoperti quasi contemporaneamente da Leishman, Donovan e Wright nel 1903, si trovano di solito nell'interno delle cellule epiteliali dei tessuti e, più raramente, entro i leucociti mononucleati del sangue periferico o liberi.

La differenziazione delle varie specie di L. è assai difficile, avendo questi parassiti caratteri fra loro quasi identici, ed è quindi più alla classificazione clinica ed alla distribuzione geografica che ci si attiene nella suddivisione delle varie forme di L.

La classifica più corrente e pratica sarebbe la seguente (Brumpt):

Leishmaniosi cutanee:

a) Bottone di Oriente causato da L. tropica.

b) L. forestale americana o delle mucose causate da L. Brasilensis.

Leishmaniosi viscerali:

a) Kala-Azar causato da Donovani.

b) L. splenica infantile causata da L. Infantum.

Le varie forme di L. sono trasmesse dai Phlebotomi e più specialmente dai Ph. Pappataci, sebbene la forma cutanea possa anche avvenire per contagio da uomo a uomo.

La L. cutanea o Bottone di Oriente causata dalla L. tropica è già stata riscontrata con più o meno frequenza, in tutte le regioni a clima tropicale o subtropicale ed anche in quelle a clima temperato.

Così in Europa la si trova presente in tutto il bacino del Mediterraneo, compresa la Sicilia e tutte le Provincie Meridionali, nelle quali però è più frequente la forma viscerale, cioè la L. splenica infantile data dalla L. Infantum.

L'Asia Minore è il terreno dove la L. cutanea è maggiormente diffusa ed in Asia si estende fino alle regioni settentrionali dell'India, lasciando invece il posto in quelle meridionali alla forma viscerale o Kala-Azar, data pure dalla L. Donovani.

In tutta l'America del Sud la L. cutanea è pure conosciuta, ma qui sono in prevalenza le manifestazioni causate alle mucose, alle quali vien dato il nome di L. Americana causata dalla L. Brasilensis.

Nell'Africa la L. è stata riscontrata in tutto il continente e vi predomina la forma cutanea, quantunque nel Nord predomini la splenica infantile.

La L. cutanea è abbastanza frequente in tutto il Sudan Anglo-Egiziano, e dal Christopherson è stata anzi descritta una forma cutanea con complicazioni naso buccali da far quasi pensare ad una L. delle mucose.

Non è quindi come una rarità che riferisco questo caso di L. cutanea, ma piuttosto per richiamare alla memoria il fatto che in alcune ulceri credute tropicali, e che si mostrano refrattarie ai comuni medicamenti, bisogna sospettare la possibilità che si tratti di una forma L.

La lesione in parola era unica, fatto abbastanza frequente nelle manifestazioni cutanee della L.; a forma rotonda, di un diametro di circa 3 cm. con margini rilevati e lievemente sottoscavati, localizzata al terzo medio della gamba sinistra alla regione anteriore.

Trattai da principio la lesione come una delle solite piaghe tanto comuni fra gli indigeni e che di solito guariscono con qualsiasi trattamento, sopratutto perchè la medicazione serve a tenerle protette dalla sporcizia.

La piaga dapprima migliorò nell'aspetto, divenendo il fondo pulito e granuleggiante, ma poi le granulazioni aumentarono di volume e la lesione prese l'aspetto di un granuloma, che divenne stazionario senza alcuna tendenza a migliorare.

Sospettando una L. eseguii l'esame microscopico e vi trovai presenti i corpi di L.

Per la cura delle L. in genere è da tempo usato il tartaro stibiato per iniezioni endovenose, e per le forme cutanee, le iniezioni di emetina locali e la polvere di permanganato.

Nelle L. cutanee però il tartaro stibiato non si è mostrato molto efficace e così pure si può dire per gli altri medicamenti e per gli altri metodi di cura come l'intervento chirurgico, la neve carbonica, la roentgen e radium terapia, ecc.

Recentemente F. Flarer (*La Presse Médicale*, n. 75 del 17 settembre 1938) in un articolo riportato dal *Policlinico*, Sez. pratica del 28 novembre 1938-XVIII, n. 48, riferisce di aver trattato un caso di L. cutanea, con il medicamento antiprotozoario già usato nella malaria, e cioè l'Atebrina, per iniezioni locali.

Volli anch'io esperimentare questo nuovo metodo.

Come l'A. consiglia sciolsi una compressa di Atelaina Bayer da 0,10 in 2 cc. di acqua distillata e per esser maggiormente sicuro della sterilizzazione feci bollire il soluto.

Non avevo con me delle fiale di Atebrina per iniezioni altrimenti avrei usato queste e credo che l'effetto sarebbe stato lo stesso.

Iniettai il medicamento in quattro punti diversi attorno alla piaga, spingendo l'ago in profondità e sotto verso il centro della lesione.

All'infuori del dolore causato dalla penetrazione dell'ago il paziente non accusò alcun disturbo, nemmeno più tardi dopo subita la iniezione. Egli riferì di aver solo provato un senso di distensione e di leggera compressione evidentemente prodotto dal liquido introdotto.

Questa pressione produce sulla piaga una ischemia che dà al granuloma un aspetto pallido e leggermente edematoso. Quest'edema si propaga pure per un po' attorno alla piaga, ma dura solo per i primi due giorni e poi scompare senza lasciar alcuna conseguenza.

Non si riscontrarono fenomeni infiammatori nè locali nè a distanza per reazioni ghiandolari.

Praticai giornalmente le successive medicazioni applicando solo un pezzo di cerotto adesivo sopra la piaga ripulendola solo con acqua ossigenata.

Ripetei più tardi e più volte l'esame microscopico e non trovai più presenti i corpi di L.

Dopo quindici giorni dalla prima ed unica iniezione di Atebrina la piaga era completamente scomparsa senza lasciare nessuna traccia cicatriziale.

Volendo spiegarsi il meccanismo di azione dell'Atebrina nella cura del Bottone di Oriente, c'è da domandarsi se sia soltanto l'effetto antiprotozoario che porta la piaga a guarigione o se non intervenga pure un fatto meccanico, cioè quello prodotto dalla ischemia causata dal liquido che iniettato sotto la piaga esercita su di essa una certa pressione.

I corpi di L., protozoi flagellati sono quasi nella totalità intracellulari e quindi vivono di vita parassitaria a spese delle cellule entro le quali si trovano.

L'ischemia, provoca un momentaneo arresto o un rallentamento nella nutrizione cellulare, che si ripercuote nei protozoi che vi vivono dentro, e li rende quindi più facilmente aggredibili e meno resistenti all'azione del medicamento che si riassorbe lentamente.

La compressione esercitata dal liquido iniettato, potrebbe fors'anche paragonarsi ad una specie di stasi alla Bier.

L'applicazione dell'Atebrina nella cura della L. cutanea è affatto nuovo. Gli effetti sono veramente ottimi quantunque io possa qui riferire di un solo caso trattato.

Tale metodo, per la sua facile applicazione, il suo costo esiguo e sopratutto il suo effetto rapido di guarigione, che non lascia traccia di cicatrice, che è l'esito comune in ogni forma di L. cutanea, merita di esser esperimentato più largamente.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce di un caso di Leishmaniosi cutanea riscontrato in un indigeno al confine col Sudan Anglo-Egiziano, e di averlo trattato con il nuovo metodo proposto da Flarer, usando una sola compressa di Atebrina da 0,10 sciolta in 2 cc. di acqua distillata e iniettata sotto la piaga.

SUNTI E RASSEGNE

SANGUE.

Sopra un caso di anemia emolitica con emoglobinuria tipo Marchiafava-Micheli.

(G. CASOLO e U. DE COLLE. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 2 luglio 1939).

Caso accuratamente studiato e seguito per più di un anno, di anemia emolitica con emoglobinuria tipo Marchiafava-Micheli, che rappresenta il 33° caso consegnato alla letteratura.

Si tratta di una malata di 47 anni, con gentilizio indenne, che dall'età di 7 anni fino al periodo attuale ha avuto numerosi episodi di ittero, costantemente seguiti da periodi di anemia più o meno grave. Tali episodi itterici, non accompagnati nè da febbre nè da dolori, si manifestavano improvvisamente in condizioni generali di relativo benessere ed erano accompagnati dalla emissione di urine di colore nerastro. Negli ultimi anni comparvero disturbi sempre più notevoli di insufficienza cardiaca e furono appunto questi, aggravati dal peggioramento dello stato generale e dall'accentuarsi dello stato anemico, che indussero l'ammalata a ricorrere alle cure degli AA. Obbiettivamente la p. si presentava come un soggetto in scadenti condizioni di nutrizione, intensamente anemico nella cute e nelle mucose, con subittero delle sclere. Il cuore era discretamente aumentato di volume e dava il reperto di una insufficienza aortica. La milza non era aumentata di volume; l'esame neurologico risultò completamente negativo. I primi esami di laboratorio misero in evidenza una emoglobinuria, una anemia ipercromica ed una infezione luetica.

Discussa la diagnosi differenziale con l'emoglobinuria parossistica, con l'anemia perniciosa e specialmente con l'ittero emolitico (che si doveva escludere soprattutto per l'assenza della microcitosi e della diminuzione della resistenza globulare oltre che per l'assenza della splenomegalia), gli Autori concludono affermando che il loro caso rientra nel quadro dell'anemia emolitica tipo Marchiafava-Micheli, che può essere o no accompagnata ad emosiderinuria, i cui caratteri fondamentali sono i seguenti:

1) Insorgenza in età giovane ed in soggetti senza precedenti ereditari o morbosi di sorta.

2) Inizio lento, insidioso, con episodi anemico-itterogeni di vario grado.

3) Crisi emoglobinuriche di inizio e durata varia, indipendenti da cause occasionali apprezzabili, di intensità varia.

4) Emoglobinemia di varia intensità ma sempre presente nelle grandi crisi emoglobinuriche.

5) Anemia con valore globulare vicino o

superiore all'unità, con anisocitosi spiccata, a tipo rigenerativo.

6) Ittero acolurico.

7) Fegato scarsamente ingrandito. Milza di vario volume.

8) Emosiderinuria manifestantesi in maniera continua secondo Marchiafava, intermittente secondo Micheli.

9) Decorso cronico con variazioni individuali.

10) Prognosi severa essendo fallite tutte le cure.

L'etiologia e la patogenesi della malattia rimangono oscure nonostante le varie ipotesi emesse al riguardo. F. TOSTI.

Il contenuto in colesterina dei globuli rossi del sangue umano.

(BRUN G. C. *Acta medica Scandinavica*, Suppl. 99, pagg. 237, 1939).

L'A. prende in esame, completamente ex-novo, il problema dell'importanza della colesterina presente nello stroma dei globuli rossi, in condizioni fisiologiche e patologiche.

Il dosaggio viene eseguito con un metodo personale dell'A., che consente di dosare separatamente la colesterina totale e la colesterina libera, così che si può stabilire con questi dati il valore del rapporto col libera/esteri col., cui si attribuisce oggi grande interesse in molti campi della patologia.

L'A. ha osservato preliminarmente che l'estrazione della colesterina riesce completa, dal sangue in toto, soltanto se questo viene prima diluito 4/5 con acqua distillata. Per il dosaggio nei globuli rossi, questi vengono emolizzati con acqua distillata, 1/2. Esperimenti preliminari hanno anche dimostrato che la saturazione completa del sangue con ossigeno e la stasi venosa anche prolungata, non hanno influenza rilevabile sul contenuto in colesterolo degli eritrociti.

In 25 uomini e 25 donne di età compresa fra i 20 e i 45 anni, il contenuto dei globuli rossi in colesterina totale oscillò, nei risultati dell'A. fra 125 e 150 mg.

Quattro ore dopo la ingestione di 4 g. di colesterolo o di 80 g. di olio di oliva questa cifra subisce un piccolo, ma indiscutibile aumento.

In condizioni patologiche diverse, non si osservò nulla che facesse pensare a modificazioni del tasso in colesterina dei globuli rossi, caratteristiche di una malattia o di un gruppo di malattie.

In 62 casi di epitelioma, senza ittero, furono trovati valori di colesterolo nei globuli rossi nettamente maggiori, che nei soggetti normali, ma non si possono avanzare fondate interpretazioni del fatto.

In soggetti itterici, il colesterolo eritrocitico è molto aumentato, fino al 70 % del valore normale. Probabilmente per fenomeni di adsorbimento del colesterolo sui globuli rossi; adsorbimento che potrebbe essere favorito dalla contemporanea presenza nel siero dei sali biliari, la cui attività sui fenomeni di superficie, è nota.

In complesso però, come dicemmo, sembra trattarsi di fenomeni aspecifici, privi di interesse pratico.

Il rapporto estere/colesterina libera non ha presentato modificazioni degne di rilievo.

I globuli rossi più ricchi di colesterina sono osmoticamente più resistenti. Le ricerche dell'A. confermano questa vecchia nozione.

Infine, l'A. ritiene che il colesterolo sia presente nei globuli rossi in forma di complessi lipido-proteici, analogamente a quanto è noto avvenire nel siero, ed in armonia con la teoria generale della struttura lipoproteica del citoplasma vivente. M. COPPO.

Emorragie degli epatici. Tasso di protrombina e vitamina K.

(J. CAROLI, H. e B. LAVERGNE, B. BOSE. *Paris Médical*, n. 28, 1939).

La lacuna di diagnostica e di trattamento sempre lamentata nel prevedere e prevenire le emorragie degli itteri e quelle provocate dagli interventi operatori, sembra che sia ora in via di esser colmata, grazie a degli interessanti lavori danesi e americani. Il disturbo della coagulazione sembra potersi apprezzare con il dosaggio della protrombina praticato con la tecnica di Quick ed il trattamento profilattico e curativo delle emorragie, che possono con tale sistema esser previste, risiede nell'impiego della vitamina K, isolata da Dam e Almquinst.

Gli AA., dopo aver riportato due osservazioni personali che dimostrano l'importanza che vi è di apprezzare negli itterici — per studiare la coagulazione del sangue — il tasso della protrombina, e l'efficacità per la cura e profilassi dei preparati concentrati di vitamina K, riportano il risultato dei loro studi di sui fattori di coagulazione, sul dosaggio e sul tasso della protrombina, e concludono affermando che:

1) l'abbassarsi del tasso della protrombina nel corso degli itteri meccanici è indiscutibilmente il dato più interessante che scaturisce dai lavori del Quick e dei numerosi AA. che li hanno in seguito verificati;

2) le ricerche su la vit. K. — elemento liposolubile contenuto negli alimenti — effettuate da Dam, Holst e Almquist, hanno permesso di spiegare il perchè la lesione epaticocellulare o l'acolia intestinale possono essere responsabili della trombinopenia emorragica nel corso delle affezioni epato-biliari;

3) nelle epatiti gravi la caduta del tasso della protrombina sarebbe dovuto meno alla

restrizione del regime alimentare quanto all'inutilizzazione della vit. K per l'edificazione della protrombina da parte di un parenchima in stato di insufficienza funzionale accentuata; negli itteri meccanici, al contrario, si tratterebbe d'una carenza secondaria per non assorbimento legata all'acolia intestinale e alla deficienza di sali biliari;

4) le dosi di vit. K utilizzate in pratica non sono uguali per tutti gli AA., alcuni si esprimono in rapporto al peso alfaalfa, altri in milligrammi, altri in unità.

Gli AA. hanno utilizzato fiale di vit. K concentrate in soluzione oleosa, contenenti 250.000 unità Dam per 5 cc. e cachets contenenti 50.000 unità Dam più una quantità conveniente di taurocolato di sodio.

S. F.

Rosso congo: azioni ematologiche.

(A. P. RICHARDSON. *The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, luglio 1939).

Sono controversi gli effetti del rosso congo sul sangue. L'A. ne ha studiato l'azione sull'emolisi, sulla conta degli elementi cellulari, sulla stabilità di sospensione, sulla coagulazione e sul tempo di sanguinamento.

Il rosso congo in concentrazione di 1/1000 protegge gli eritrociti umani contro l'emolisi da soluzione salina ipotonica, da soluzione ipertonica di urea, da soluzioni saline di taurocolato di sodio, da saponina in soluzione di destrosio.

Quest'azione antiemolitica del rosso congo dipende da una modificazione dello stato fisico della sostanza colorante, perchè il Nero Blu e il sale, che aumentano la flocculazione o la precipitazione del rosso congo, ne aumentano anche il potere antiemolitico.

Dosi endovenose di 10-50 mg. per chilo nei conigli non producono alterazioni dimostrabili dell'emoglobina, delle emazie, dei reticulociti e delle piastrine. Dosi di 100 mg. per chilo producono lieve anemia temporanea con emoagglutinazione.

Iniezioni endovenose singole di più di 25 mg. per chilo dànno nei conigli modica leucocitosi, aumento del numero dei neutrofili e del tasso di sedimentazione.

Piccole o grandi dosi extraterapeutiche di rosso congo nei conigli non producono modificazioni della coagulazione del sangue, nè del tempo di sanguinamento, contrariamente a quanto hanno affermato altri. Le dosi altissime (dell'ordine di 100 mg. per chilo) hanno uniforme azione anticoagulante.

Queste osservazioni non giustificherebbero l'uso clinico come emostatico del rosso congo, se non si ammettesse che l'azione del rosso congo possa essere diversa negli stati patologici.

L.

**

Rosso congo: assorbimento, distribuzione e permanenza nel sangue.

(A. P. RICHARDSON. *The Amer. Journ. of The Medic. Sciences*, luglio 1939).

Secondo l'A. il rosso congo usato per via intramuscolare e intraperitoneale non pare sia stato assorbito per queste vie. Comunque, è importante conoscere la sua distribuzione nei tessuti e il suo destino nell'organismo.

L'A. con ricerche fatte su animali ha osservato che la concentrazione nel sangue è nettamente maggiore quando la somministrazione è stata fatta per via endovenosa ed è minore per via intraperitoneale, quasi nulla per via endomuscolare nei piccioni e scarsa nei conigli. La scomparsa del rosso congo dal sangue avviene per lo più dopo 24 ore.

Scomparso dal sangue il rosso congo si raccoglie in prevalenza negli organi che possiedono fluido extracellulare.

La maggiore ritenzione avviene nei reni dei gatti e dei conigli. La maggiore via di eliminazione del rosso congo è rappresentata dalle vie biliari.

L.

La splenectomia in varie malattie del sangue.

(W. ANDRUS e C. HOLMAN. *Annals of Surgery*, n. 1, 1939).

Gli AA., dopo aver minuziosamente descritto la tecnica da essi adottata per la splenectomia riportano interessanti osservazioni sopra un largo numero di casi operati di splenectomia.

1) per ittero emolitico congenito; 2) per ittero emolitico non congenito; 3) per porpora trombocitogenica; 4) per morbo di Banti; 5) per anemia eritroblastica (morbo di Cooley); 6) per anemia primitiva refrattaria.

Oltre a ciò gli AA. riferiscono di avere operato di splenectomia senza alcun successo una bimba affetta di istiocitosi non lipoidea (morbo di Foot e Olcott), un uomo portatore di un sarcoma reticolo endoteliale (diagnosticato per un morbo di Banti) ed infine un bambino affetto da cirrosi epatica nodulare.

TOSATTI.

RENI E VIE URINARIE.

Il blocco anestetico del peduncolo renale.

(R. LIOTIER e P. BONNEFOI. *Journal d'Urologie*, n. 3, 1939).

Il blocco anestetico del peduncolo renale può essere un valido sussidio nella pratica clinica tanto come mezzo diagnostico quanto anche come mezzo terapeutico. È un metodo di tecnica semplice, inoffensivo che può essere usato in ogni caso.

Si può ottenere un'anestesia del rene perfet-

ta e l'anestesia, non interessando che il rene infiltrato permette facilmente di distinguere se la sintomatologia dolorosa ha provenienza renale o da altri organi.

Nelle sintomatologie crociate può essere individuato il lato sede dell'affezione. Nei casi di calcolosi con anuria da spasmi ureterali lo stato spastico può essere rimosso; nel corso di una colica possono essere interrotti tutti i riflessi che si riverberano sopra altri organi specialmente sull'intestino. A. FILIPPI.

Nuovo metodo di cura conservativa della calcolosi ureterale.

(L. ZEISS. *Zeit. für Urol.*, n. 3, 1939).

Il nuovo metodo è costituito dall'impiego di un catetere (5 Charrière) che a circa 5 cm. dalla punta presenta un piccolo foro, attraverso il quale un robusto filo di seta fissato alla punta stessa del catetere penetra per fuoruscire all'altra estremità del catetere. Tirando il filo dalla sua estremità libera si determina così un incurvamento dalla punta del catetere a forma di ansa.

Il catetere alla sua estremità superiore è costruito con accorgimenti speciali, che non riporto, i quali permettono la formazione di una ansa di forma grossolanamente triangolare.

Codizione *sine qua non* per l'impiego di tale mezzo nel tentativo di estrazione di un calcolo ureterale è che il calcolo stesso si lasci oltrepassare dalla punta del catetere, il che avviene, come è notorio, in una grande percentuale di casi.

Dopo che la estremità del catetere introdotto nell'uretere per via cistoscopica ha sormontato il calcolo, mediante una opportuna trazione sul filo, di seta si determina al di sopra del calcolo stesso la formazione dell'ansa che nella successiva estrazione del catetere può impigliare il calcolo trascinandolo in vescica e talvolta addirittura all'esterno.

Tutte le manovre, che richiedono naturalmente una grande esperienza nel campo della indagine endovescicale ed una adeguata abilità manuale, vanno sempre eseguite sotto l'attento controllo cistoscopico e radiologico.

Il catetere descritto (Harnleiterstein-Schlingenextraktionskateter) in casi particolari (calcoli allungati, a forma di dattero, di biscotto, ecc. che mal si prestano alla prensione) va sostituito da un altro catetere a doppio filo, che permette la formazione di un occhiello quasi orizzontale dal quale il calcolo, malgrado la sua forma può venire afferrato durante la estrazione del catetere. (Per una maggior comprensione dei dettagli di forma e di impiego del nuovo catetere ideato dall'A. è necessario consultare l'articolo originale, corredato di disegni, schemi, radiografie oltremodo dimostrativi).

Il metodo, ottimo per i calcoli bassi, sarebbe, secondo l'A., meno raccomandabile nelle calcolosi ureterali alte, nelle quali, per restringimenti, spasmi ureterali, o sproporzioni fra volume del calcolo e calibro dell'uretere, si potrebbe determinare durante l'estrazione del calcolo anche una lacerazione dell'uretere stesso.

Negli ultimi 18 mesi l'A. ha potuto osservare 229 pazienti affetti da calcolosi ureterale, con un numero complessivo di 255 calcoli. 19 di essi presentavano una tempestiva indicazione per l'intervento chirurgico o per il notevole volume del calcolo o per le particolari condizioni cliniche dei pazienti (temperatura settica, idronefrosi minacciosa, ecc.). Altri 30 calcoli vennero espulsi in seguito alle solite cure conservative (cure idrominerali, massaggio virbratorio, sella elettrica, catetere ureterale a permanenza, iniezioni nell'uretere di sostanze lubrificanti, ecc.) che l'A. consiglia di tentare per un congruo lasso di tempo prima di usare il suo nuovo catetere.

Dei 206 calcoli rimanenti solo 159 permettevano il passaggio di un catetere ureterale rendendo possibile così l'impiego del nuovo metodo di cura incruenta. In 127 casi (su 159), cioè nel 79,8 % fu possibile con tale metodo l'estrazione del calcolo, con una mortalità del zero %, senza il minimo incidente o la più piccola complicanza.

Dei 159 calcoli sormontabili col catetere 23 erano alti (cioè al di sopra dell'incrociamento dei grossi vasi iliaci con l'uretere) e di essi 8 furono estratti (34,8 %). Quelli bassi erano 136 e di essi ne poterono essere portati all'esterno 119 (87,5 %).

Queste statistiche veramente lusinghiere, specialmente per quanto riguarda la calcolosi ureterale bassa, fanno sembrare il nuovo metodo meritevole della più attenta considerazione. G. MONTANARI.

Pielite gravidica.

(G. ILLYÉS (Budapest) *Zeit. f. Urol.*, n. 3, 1939).

L'A. riferisce che, durante gli ultimi 20 anni, nella Clinica urologica di Budapest sono stati osservati complessivamente 232 casi di pielite gravidica, dei quali 145 a destra, 48 a sinistra e 35 bilaterali. In base a tale cospicua esperienza l'A. trae alcune considerazioni d'ordine pratico. Egli si intrattiene particolarmente sulla parte terapeutica del problema e sostiene come procedimento più semplice nelle pieliti gravidiche il drenaggio per mezzo della introduzione e mantenimento a dimora d'un catetere ureterale. Se tale catetere è stato bene piazzato e l'elevazione febbrile non si dilegua, nè la leucocitosi tende a diminuire, allora deve sorgere il sospetto che un ascesso si sia formato nel parenchima renale ed è indicata una immediata esplorazione del rene.

Naturalmente bisogna sempre tentare la conservazione del rene, ciò che si può ottenere

per lo più mediante la decapsulazione e l'apertura dell'ascesso.

La nefrectomia sarà riservata solo a quei casi nei quali si sia determinata una alterazione del parenchima renale molto estesa e quando lo stato generale assai grave del paziente esige un allontanamento tempestivo di tutto il focolaio settico.

Un processo suppurativo del parenchima renale instituitosi durante la gravidanza può avere un seguito anche dopo l'effettuazione del parto. Infatti la interruzione della gravidanza od il felice decorso del parto non influiscono sostanzialmente sul focolaio suppurativo renale. G. MONTANARI.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

Discussione sui progressi recenti nella cura della polmonite.

Fu fatta il 28 marzo 1939 alla Sezione di Medicina della Reale Società di Medecina di Londra (*Proceed. of The Royal Soc. Medec.*, luglio 1939). Fu iniziata da L. E. H. Whitby il quale, dopo aver accennato alle prime ricerche sperimentali coi vari preparati sulfamidici, ha insistito sulla maggiore efficacia del preparato M e B 693 (sulfapiridina) sulle forme ad andamento acuto.

Le osservazioni cliniche con questo preparato hanno dimostrato che esso agisce su qualunque tipo di pneumococco e che ha efficacia purchè il malato possa sopravvivere 24 ore e ritenere 5 gr. del medicamento, indipendentemente dalla durata della malattia al momento in cui si è iniziata la cura.

L'M. e B 693 deve essere il primo medicamento da usarsi nella polmonite lobare. È difficile però decidere se si deve adoperare solo questo o ci si deve unire il siero specifico.

In genere è bene seguire lo schema di Evans e Gaisford, cioè dare 4 o 5 gr. nelle prime 24 ore, poi 3 gr. al giorno fino a 25 gr. complessivamente.

Essendosi ottenuti buoni risultati anche con scarsa concentrazione del preparato nel sangue, bisogna ammettere che non sia necessario raggiungere la dose complessiva di 25 gr. Nei casi di cura iniziata al V giorno di malattia in genere bastano 15 gr. La cura va continuata ancora per cinque giorni dopo scomparsa la temperatura.

Ricerche sperimentali fatte dal Whitby sui topi hanno dimostrato che dosi molto forti non aumentano la concentrazione della sostanza nel sangue; però è bene in terapia adoperare dosi identiche anche nei casi che clinicamente si presentano come lievi.

L'inconveniente dell'M e B 693 è l'irritazione gastrica con vomito che produce facilmente. Si cerca di ovviarvi somministrando il medicamento polverizzato e unito a zucchero, sugo di frutta, ecc.

Il Whitby conclude la propria esperienza così: i risultati sono migliori nelle forme acute che in quelle croniche; è meglio mantenere una concentrazione costante nel sangue, anche se non alta, piuttosto che raggiungere saltuariamente forti concentrazioni ed avere fluttuazioni della concentrazione; le infezioni lievi richiedono lo stesso dosaggio di quelle gravi; è consigliabile usare i preparati solubili.

G. J. Langley ha esposto i risultati da lui ottenuti colla sieroterapia in 5 anni all'Ospedale Municipale di Salford. La durata media di malattia dall'ingresso in ospedale è stata col siero di 2 a 3 giorni, senza siero di 4 a 9.

L'uso dell'M e B 693 ha dato una frequenza notevole di disturbi gastrici (vomito): 13 volte su 34 casi. Ancora egli non può pronunziarsi sull'efficacia di questo medicamento, dato lo scarso numero dei casi studiati.

Un contributo casistico notevole ha invece portato W. F. Gaisford, che ha usato l'M e B 693 in 400 casi di polmonite lobare. La mortalità che con altre cure era del 16,5 % cadde con questo medicamento a 1,6 % per i malati al disotto dei 50 anni e dal 51 % al 24,4 % al disopra dei 50 anni.

L'M e B 693 agisce sulla temperatura (che si abbassa a cominciare da 48 ore dopo l'inizio della cura), e sulle condizioni subbiettive del malato, mentre non agisce sui segni fisici della malattia. Pare non abbia azione efficace nel prevenire le complicazioni.

Circa l'azione tossica del medicamento egli non ha mai notato anemia nè granulopenia, mentre ha veduto spesso eruzione morbilliforme, e qualche volta cianosi e vomito. Per ovviare a questi inconvenienti ha usato il sale sodico dell'M e B 693, ma ancora non può dirne i risultati.

G. Fleming, ritiene che i risultati migliori nella cura della polmonite si hanno dall'associazione di sieroterapia immunizzante con M e B 693. Egli pensa che in avvenire probabilmente si avranno risultati ancora migliori associando l'M e B 693 ad un vaccino.

H., S. Banks ha avuto buoni risultati dall'uso dell'M e B 693 in 30 casi di polmonite.

M. Davidson ha chiesto se questo medicamento può dare tardivamente lesioni dell'epitelio renale o del miocardio e il Whitby gli ha risposto negando quest'azione. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI

DEPISCH F. *Die Diät, und Insulinbehandlung der Zuckerkankheit.* Ed. Springer, Vienna, 1939, pagg. 155, in-16°, RM. 4,8.

È la seconda edizione molto migliorata ed aumentata, di un manuale di diabetologia, che ebbe grande successo nei Paesi di lingua tedesca. La opportunità di una nuova edizione (la precedente è del 1936) fu determinata dai tanti e così importanti progressi fatti recentemente nello studio del metabolismo dei glicidi, e — dal punto di vista terapeutico — dalla scoperta delle insuline composte.

Il manuale si divide in due parti: la prima, comprende brevi cenni generali sulle varie teorie patogenetiche della malattia e sulla diagnostica del diabete, in forma molto chiara e schematica ed elementare ma completi sotto ogni riguardo. A questi cenni segue, sempre nella prima parte, l'esposizione della cura dietetica del diabete.

La parte seconda, contiene la dottrina e la pratica della cura insulinica del diabete. Dalla scoperta dell'insulina, l'A. ci conduce rapidamente, nel corso di circa 80 pagine, fino alla esposizione dell'uso, delle controindicazioni e dei successi dell'insulina zincoprotaminata.

In questa parte è specialmente notevole l'esposizione dei danni e delle controindicazioni alla cura insulinica in generale: reazione degli organi cutanei: anafilassi locale e generale, reazione locale tossicochimica, lipodistrofia locale, lipomatosi insulinica locale. Possibili azioni secondarie dell'insulina nello scompenso di cuore, nell'angina di petto, nell'arteriosclerosi cerebrale, nelle malattie oculari, ecc., ecc.

Il libro soffre forse soltanto di un eccessivo schematismo iniziale, nell'interpretazione patogenetica della malattia, che l'A. riporta ad un perturbamento dell'equilibrio fra insulina e apparato controregolatore.

Ne deriva una suddivisione in diabete insulare e diabete da alterata controregolazione, e una corrispondente prescrizione terapeutica di « cura di protezione insulare » oppure « cura della controregolazione » che non possono evidentemente nè rendere conto di tutti i casi osservati, nè costituire una rigida guida terapeutica. Nè corregge questo iniziale semplicismo in dire che nella pratica tutti i casi intermedi sono possibili, poichè la prescrizione terapeutica dovrà bene concretarsi in norme precise, e il medico pratico, dinanzi ai casi intermedi, non potrà facilmente scegliere il più e il meglio delle due diverse terapie, caso per caso.

Nel complesso però il libro merita elogio e diffusione. In esso è condensato il frutto della speciale esperienza diabetologica dell'A., che da anni vive e risolve quotidianamente i problemi così vari e spesso così delicati della cura del diabete. Perciò in ogni pagina si trovano consigli e direttive, che rendono il libro prezioso e denso di insegnamenti. M. COPPO.

STARLINGER. *Notchirurgie bei lebensbedrohenden Funktionsstörungen.* Urban e Schwarzenberg. Berlin u. Wien, 1939, I vol., p. 420.

L'A. conchiude il suo libro con una frase pronunciata dal Führer alla adunata di Norimberga del 1936: « Wir werden niemals sagen, dass Probleme nicht zu lösen sind. Probleme, die gestellt sind, können gelöst werden; und sie werden auch gelöst », frase che si può dire informatrice di questo volume nel quale egli porta il contributo di una lunga pratica clinica ai più gravi problemi chirurgici in rapporto ai disturbi funzionali degli individui in pericolo di vita.

Non si tratta della solita tecnica chirurgica più o meno di urgenza, ma le cognizioni tecniche sono qui unite alla trattazione clinica e fisio-patologica delle più gravi sindromi chirurgiche colle relative indicazioni per una terapia operatoria o medica.

Egli s'interessa in differenti capitoli dei disturbi di circolo, di quelli respiratori, dell'apparato della nutrizione e di quello urinario ed infine delle infezioni generali. Ogni capitolo è preceduto da un breve cenno di fisiologia e di anatomia patologica; l'A. passa quindi ad illustrare in modo completo le gravi malattie legate ai singoli apparati. Oltre a precisare le sindromi cliniche egli segnala errori e pericoli di diagnosi e di terapia, portando il frutto di una lunga esperienza personale e corredando il tutto di un utile e dettagliato indice per materie.

Merito indiscusso dell'A. è di aver potuto condensare in una breve, ma completa trattazione notizie importanti ed utili al chirurgo pratico. G. MONTEMARTINI.

FIESCHI A. *Semeiologia del midollo osseo.* Pavia, Tip. Bianchi, 1939. L. 70.

L'adozione da parte della medicina pratica di un nuovo mezzo di ricerca si accompagna sempre ad un periodo di sbandamento in cui gli eccessivi entusiasmi sono più pericolosi dei precedenti scetticismi. Così è avvenuto per la puntura sternale ed in genere per tutto il gruppo di tecniche similari che si potrebbero riunire sotto la denominazione comprensiva di biopsia midollare. Ignorata o quasi per lungo tempo dalla pratica, oggi è finalmente entrata a far parte del bagaglio indispensabile delle tecniche diagnostiche ematologiche. Un mezzo di ricerca, però, è utile solo se il pratico sa porre quesiti precisi e, soprattutto, quesiti a cui il metodo possa dare risposta. Tutto il resto non ingenera che errore e confusione.

Uno dei meriti fondamentali della accurata e rigorosa esposizione del Fieschi è precisa-

mente quella di aver definito esattamente ciò che la biopsia midollare può dire e ciò che essa non può dire. Di aver messo in rilievo che questa è, preziosa ed insostituibile ricerca se si vogliono analizzare le più delicate deviazioni patologiche della emopoiesi, ma è invece da trattare con estrema prudenza e competenza se si vuol far di essa una prova funzionale del midollo osseo.

Consigliamo ad ogni medico che abbia la lodevole intenzione di introdurre nella sua pratica corrente questo innocuo e prezioso mezzo di indagine, di studiare attentamente il libro di Fieschi. Vi troverà accanto all'opera chiarificatrice di uno studioso severo e coscienzioso una doviziosa documentazione iconografica in microfotografie e tavole a colori che lo guideranno in questa branca della semeiotica ematologica così intimamente legata alla conoscenza visiva delle forme studiate.

Segnaliamo soprattutto quella parte dove il Fieschi, attraverso un notevole contributo personale, studia la parte di semeiologia funzionale che, come già si è detto, è la più delicata e difficile e rappresenta un mezzo che qualora ben studiato nei rilievi e soprattutto nella interpretazione può costituire un elemento prezioso nella diagnostica clinico-ematologica.

C. F.

L. CHRISTIANES. *La recerche de la paternité par les groupes sanguins.* Editore Masson, Parigi. Prezzo Fr. 26.

L'accertamento della paternità importa problemi etici, legali e sociali che non hanno ancora trovato una soluzione. Le ricerche sui gruppi sanguigni hanno aperto una nuova via nell'intricata quistione. Tuttavia il loro valore pratico è ancora contestato.

Questo piccolo volume denso di notizie e di considerazioni mette a punto l'argomento sia dal lato tecnico che da quello giuridico.

DR.

S. LASAGNA. *Trattato di idroclimatologia per otorinolaringoiatri.* Tip. A. Mattioli, Fidenza, 1939.

Il testo di idroclimatologia per otorinolaringoiatri del Lasagna riveste un carattere di particolare interesse; esso apporta infatti un contributo di alta utilità alla migliore conoscenza delle possibilità terapeutiche idroclimatologiche, non solo da parte degli specialisti otorinolaringoiatri, ma anche da parte di tutti i medici pratici specialmente di quelli deputati alla scelta dei pazienti che debbono essere avviati alle colonie termali e climatiche realizzate dal Regime per i lavoratori e per la gioventù.

È appunto per la soluzione del problema sinora piuttosto oscuro di quali possano essere le indicazioni che per una determinata cura in campo otorinolaringoiatrico permettono di prevedere il massimo di risultato utile, che l'opera del Lasagna assume particolare importanza.

La opportuna divisione della materia in due parti, la prima relativa alla crenoterapia, la seconda alla climatologia, la limpida e piana esposizione, la proporzionata estensione data ai capitoli riguardanti la tecnica d'applicazione e il meccanismo d'azione delle cure termali, nonchè la esatta elencazione delle varie acque minerali e delle località dove esse sorgono costituiscono i principali fattori che rendono questa opera utile sia al pratico, allo specialista otorinolaringoiatra e al medico che esplica la sua attività nell'ambito termale o nel campo medico-previdenziale. C. FRUGONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli

Seduta del 28 giugno 1939.

Presiede il Prof. C. COLUCCI.

Sopra un insolito caso traumatico di emicrania oftalmologica e la sua inquadratura nosologica nelle sindromi miasteniche.

ROMANO A. — L'O. riferisce la storia clinica di una isterica, la quale all'età di 6 anni fu colpita da una scarica di pallini da caccia nella regione temporo-parietale sinistra con penetrazione di pallini nell'orbita e in qualche tratto delle vie ottiche di quel lato, come dalle radiografie. Presentò ben presto una forma di emicrania oftalmoplegica traumatica, molto interessante per la varietà e la complessità dei sintomi, in modo da arricchire questa sindrome di una nuova speciale forma clinica morbosa, la forma traumatica finora non mai registrata. E tanto più interessante in quanto il caso dette la possibilità di portare a 5 periodi, o fasi, i due periodi o fasi conosciute nel complesso fenomenico delle ricorrenze dell'attacco; cioè al dolore ed alla paralisi, seguendo l'andamento dell'attacco nella giovane inferma, si potettero aggiungere la fase oftalmobiotica, la convulsiva e la psicopatica. L'O. fa delle considerazioni sul caso, che riassume nelle conclusioni, dalle quali emerge che la sindrome descritta è periodica nelle esacerbazioni, ma permanente nella sua essenza; che tutte le forme di emicrania oftalmoplegica possono formare un ceppo speciale nel quadro delle miastenie, alle quali si debbono riportare; che la zona ove si svolgono emicranicamente le diverse fasi dell'attacco può essere considerata anche come una zona isterogena, e che vi sono rapporti intimi tra tutte le fasi dell'attacco ed anche con fenomeni sporadici e con le spine emicraniche negli intervalli; che tutti i fenomeni, nel loro ritmico succedersi, coincidono anche con i fatti catameniali, e mettono capo alle variazioni della carica elettrorganica dei metameri cranici, a cui appartengono i metameri nel cui dominio comunque s'iniziano, si evolvono e per-

mangono i sintomi osservati, ed anche alle variazioni consenzienti del circolo sanguigno. La prognosi è infausta, le cure quasi sempre inefficaci.

La shockterapia nelle malattie mentali (Contributo clinico e sperimentale).

COLUCCI G. — L'O. espone le ragioni che lo hanno spinto a praticare la shock-terapia, col metodo insulinico di Sakel e col metodo cardiazolico di Meduna, nelle varie malattie mentali e principalmente nella schizofrenia.

Dopo la descrizione dei due metodi, con particolare riferimento a quello insulinico, e dopo una critica alla eccessiva schematizzazione che i vari AA. hanno voluto fare delle fasi dello shock, il quale spesso presenta manifestazioni che non sempre si susseguono ma si alternano, l'O. descrive i fenomeni generali di esso e cioè all'inizio, durante lo svolgimento e al risveglio. Parla anche delle dosi di insulina, delle modalità per la interruzione e delle varie modalità di shocks che possono manifestarsi e dalle quali possono trarre vantaggio le diverse sindromi mentali. Critica l'opinione, espressa da alcuni, che ciascuna sindrome mentale avrebbe particolare beneficio da un particolare tipo di shock; descrive i favorevoli effetti che si possono avere dalla cura combinata insulino-cardiazolica e con quale criterio ritiene si debba applicare lo shock cardiazolico durante la cura insulinica.

In quanto ai risultati clinici ottenuti, l'O. riferisce che, su 28 schizofrenici, ne ha trattati 11 con lo shock insulinico (5 sono guariti clinicamente, 2 migliorati, 4 non hanno avuto alcun esito), 11 con la cura insulino-cardiazolica (4 guariti, 1 migliorato, 2 esiti negativi, 4 sono in corso di cura), 6 col solo cardiazolo (1 migliorato, 5 esiti negativi). Una psicosi depressiva è guarita con lo shock insulinico, un'altra è migliorata con il cardiazolo. Due casi di psicosi maniacale sono stati trattati con shock cardiazolico (1 guarito, l'altro è ancora in cura), un terzo caso è invece ancora in cura con la terapia mista insulino-cardiazolica. Sono, infine, in cura con la terapia mista un caso di psicosi ossessiva già migliorato, e un caso di mutismo con emiplegia isterica, che è guarito dal mutismo e migliorato dalla emiplegia.

L'O. descrive alcuni casi clinici più interessanti e tratteggia i fenomeni psichici e neurologici che si verificano durante gli shocks; descrive anche le varie indagini di laboratorio eseguite, con particolare riferimento al comportamento della elettrocardiografia e della curva glicemica. Infine riassume le modifiche apportate allo shock insulinico con l'applicazione ad esso del metodo epato-insulinico di d'Amato e Lombardi per i diabetici e rileva come, associando i preparati di fegato, sia possibile l'uso di minori quantità di insulina per ottenere lo shock.

L'O. passa poi a considerazioni generali sui metodi. Risulta dalla statistica l'efficacia notevole negli schizofrenici dello shock insulinico e misto insulino-cardiazolico, ciò che non può dirsi del solo shock cardiazolico. Benchè nelle altre malattie mentali si siano appena iniziati, i due suddetti metodi hanno invece fornito risultati quasi eguali: a proposito di esse, non si può ancora parlare di risultati definitivi, ma è già importante il fatto che si possono interrompere forme in piena evoluzione. E i risultati sono importanti non solo nelle forme maniache o depressive, ma anche in quelle psicosi ossessive e in quelle paralisi isteriche spesso così ostinate e resistenti a cure.

Passando poi a parlare del meccanismo d'azione dello shock cardiazolico e insulinico come è inteso oggi dai vari studiosi secondo le teorie psicologiche, istologiche e biologiche, fa notare come il meccanismo d'azione dell'insulinoterapia negli schizofrenici non possa per ora essere completamente delucidato, non essendo ancora soddisfacente la conoscenza di quello che è lo shock insulinico per sè stesso. Ricorda a questo punto un caso osservato, nel quale il coma si prolungò diventando uno stato narcotico che durò oltre quattro giorni ed il risveglio si ebbe non dopo la sola somministrazione di glucosio, ma dopo che furono somministrate altre sostanze, specie cloruri e lipoidi; mette perciò in rilievo come anche altri fattori debbano essere bene studiati durante lo shock dal lato biologico e come non possa essere trascurata una eventuale azione diretta, tossica ed anche narcotica dell'insulina. Anche, infatti, i fenomeni neurologici corticali e sottocorticali che si manifestano durante lo shock fanno pensare che non si possa escludere una tale azione.

Infine, ricordando come l'etiologia delle varie psicosi sia stata messa in rapporto, in base alle moderne esperienze, con fatti tossinfettivi ed autotossici, l'O. rileva come sarebbe utile esaminare le modificazioni della funzione di quegli organi (fegato) deputati a svelenare l'organismo da tossici, specie intestinali, essendo detta funzione spesso alterata in tali malattie, ed essendo d'altra parte nota la benefica azione dell'insulina sul fegato. In questo senso l'O. ha già in corso ricerche, i cui risultati riferirà appena possibile.

Su talune vaziazioni morfologiche e sierologiche del sangue nella leishmaniosi interna quali segni dell'interessamento del sistema reticolo-istiocitario.

MURANO G. e VECCHIO F. — Gli OO. da alcune ricerche morfologiche e sierologiche del sangue nella leishmaniosi interna sono portati a concludere che l'anemia che in tale affezione si osserva, per l'assenza del fattore emolitico, non può essere classificata tra le anemie tossinfettive nel senso stretto della parola, ma deve riportarsi solo ad ipoplasia mieloide da agente infettivo; come risulta, oltre che dagli altri dati morfologici periferici, anche dal valore dei reticolociti circolanti.

Dall'altro canto l'iperplasia istioide risulta fornire segni di iperfunzione quali la maggiore produzione di agglutinine antitifiche, constatazione questa che, mentre confermerebbe la concezione che la produzione degli anticorpi agglutinanti è devoluta agli elementi istioblastici, sarebbe di convalida al concetto che non può misurarsi la effettiva capacità difensiva dell'organismo dalla entità di tali anticorpi in circolo.

Ricerche sulla morfologia e sulla funzionalità del tessuto mieloide nella tubercolosi cutanea.

SANTOIANNI G. — L'O. riferisce i risultati di ricerche sul midollo osseo in 14 casi di tubercolosi cutanea.

Dall'analisi dei diversi dati citologici e funzionali, l'O. conclude che, in linea generale, il tessuto mieloide nella tubercolosi cutanea non presenta deviazioni molto sensibili dalla norma. Tuttavia nel mielogramma risultano più elevate del normale le percentuali delle plasmacellule, dei linfociti e degli eosinofili; inoltre, le più evidenti e costanti modificazioni funzionali del tessuto

mieloide vertono specialmente sulla capacità riproduttiva, che viene in un certo senso inibita dallo stimolo tossico specifico tubercolare.

Seduta del 6 luglio 1939.

Presiede il Prof. C. COLUCCI.

La terapia della malaria. Considerazioni su 3000 infermi all'Ospedale "Alessandro Musssolini" di Aversa.

PANSINI G. — L'O. riferisce su ricerche sistematicamente compiute all'Ospedale « Alessandro Mussolini » di Aversa con la collaborazione dei Sanitari Capi Reparto dell'Ospedale. Esse prendono in considerazione l'andamento della malaria in oltre 3000 infermi i quali, divisi in gruppi, sono stati sottoposti ciascuno ad un metodo di cura, e precisamente adrenalina, atebrina, chinino, tartaro stibiato, M_3, cura Grego, Emopurina, o cure associate. Per meglio valutare l'effetto delle cure, tanto più che per alcuni rilievi le conclusioni dei vari medicamenti usati parevano sovrapponibili, sono stati mantenuti alcuni ammalati senza cura: tale esperimento, già tentato da altro A., appariva di particolare interesse per la esatta interpretazione dei fatti non pregiudicando per altro sull'andamento dell'infezione, essendo stato rilevato l'andamento benigno della malattia nei malarici reduci dall'A.O.I. ed essendo stato fra l'altro l'esperimento autorizzato dalla Direzione della Sanità Pubblica, che tanto interesse ha preso alle ricerche di terapia e le ha largamente incoraggiate.

I risultati ottenuti dalle varie prove fatte, paragonate fra altro a quello che è il decorso della malattia senza alcun trattamento, permettono di stabilire le seguenti conclusioni:

La malaria può essere variamente influenzata dai diversi medicamenti preconizzati per la sua cura, ma nessun medicamento ha troncato definitivamente la infezione.

La malaria richiede il suo tempo per guarire. La guarigione è espressione di una lotta che probabilmente rientra nel quadro dei fenomeni immunitari; nel determinarsi di questi i radicali mutamenti determinati dalle notevoli variazioni di clima, dal riposo, dalla buona alimentazione ecc. devono avere una parte importantissima.

Dei medicamenti sperimentali, il chinino è quello che ha un'azione più nettamente specifica di fronte all'accesso malarico, ma non abolisce il ritorno delle recidive. Preso per lungo tempo ed in quantità cospicua ne impedisce l'accesso che finora non può affermarsi se riappaia dopo la soppressione del medicamento.

L'andamento della curva termica nei chininizzati mette in evidenza con particolare frequenza il fenomeno descritto circa l'inversione della curva stessa o la manifestazione di cuspidi sub-febbrili che per il loro andamento e la frequenza contemporanea del polso (Coppa) possono interpretarsi come accessi malarici latenti. Per tale fatto pare logica la supposizione di una azione specifica del chinino a neutralizzare l'effetto piretogeno nella attività biologica del plasmodio.

L'atebrina pare abbia un'azione più spiccata sul fenomeno recidiva e ne distanzia maggiormente l'apparire. L'adrenalina non impedisce le recidive, nè in generale distanzia gli accessi, spesso li riavvicina, ad ogni modo essa induce frequentemente un turbamento nella curva termica. Spiega azione favorevole e vantaggiosa sulla nutrizione, sulla sanguificazione ed è probabile, a giudicare da questi fatti, che la sua azione si esplichi, come suppone Ascoli, attraverso il potenziamento dei poteri immunitari. Associata agli altri medicamenti, può indurre migliore effetto.

Il tartaro stibiato, somministrato secondo il 1° metodo proposto da De Nunno, non ha dimostrato risultati stabili, mentre qualche volta ha raggiunto lo scopo per cui è stato preconizzato. Dai primi dati raccolti in casi nei quali il trattamento è stato eseguito secondo le modificazioni successivamente consigliate dall'A., pare che i risultati siano più vantaggiosi.

I risultati dell'M_3 non sono desumibili dalle osservazioni fatte, perchè i fenomeni su cui si baserebbe la dimostrazione della sua azione accelerante della immunità sono gli stessi per i quali può giudicarsi tuttora presente la infezione.

Di scarso valore è apparsa l'Emopurina, che può avere qualche effetto, ma non tale da farla preferire ad altri medicamenti. Nulla risulta l'azione della pozione Grego.

I vari esperimenti compiuti di alternanza nella somministrazione di alcuni preparati possono incoraggiare a stabilire dei cicli alternati di vari medicamenti.

Gli esperimenti compiuti lasciando gli infermi senza alcun trattamento consentono una più esatta interpretazione di lusinghiere interruzioni termiche, le quali, ripetendosi anche in infermi rimasti senza trattamento, autorizzano a non trascurare, nella valutazione dei fatti, i fattori tempo, mutamento radicale di clima, buona alimentazione, riposo, ottima assistenza fisica e morale.

Le prove di Macchia con l'indolo, per sondare la funzione epatica e renale (Semplificazione tecnica e contributo clinico)

MACCHIA E. — L'O. descrive la seguente semplificazione tecnica alle prove già da lui proposte per saggiare la funzione antitossica del fegato e la funzione emuntoria del rene:

A digiuno, nel mattino, s'inietta, al soggetto in esame, endovena, lentamente, ma non oltre 5 m', una soluzione d'indolo al 2 ‰, in soluzione fisiologica nella proporzione di cc. 1 per ogni 6 chili del peso del corpo: si preleva il sangue dopo 10 m' dall'iniezione (per studiare la funzione antitossica del fegato) e dopo 120 m' dall'iniezione (per sondare la funzione del rene).

Sul siero di sangue del primo campione, l'endolemia non supera i mgr. 0.15-0.20 ‰, se la funzione epatica è buona; aumenta, progressivamente, con la disfunzione del fegato; sul siero del secondo campione, l'indicanemia è di mgr. 1,4-1,5 ‰ se la funzione renale è buona; supera tanto più tale cifra quanto più intensa è la disfunzione dell'emuntorio in parola. L'O. riferisce, ancora, come semplificare nella pratica la prova per sondare i reni. Le metodiche descritte, paragonate con altre indagini funzionali, su numerosissimi infermi, hanno sempre documentato la eventuale disfunzione dell'organo in esame.

L'O. discute, infine, le possibili obbiezioni alle sue prove; dice, ad esempio, se l'iperindicanemia, a digiuno, senza iniezione d'indolo, non è costante nè attesta sempre la meiopragia renale, dopo iniezione endovena d'indolo, il dosaggio dell'indacano ematico diventa una prova sensibilissima e fedele dello stato funzionale del rene.

L'indolo del sangue, anche dopo carico della sostanza, non è aumentato, rispetto alla norma, nei renali e negli uremici ma solo negli epatici.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'asma mortale.

J. Facquet e R. Claisse (*Paris Médical*, 5 agosto 1939) hanno osservato che una crisi d'asma eccezionalmente termina con la morte: finora ne sono stati pubblicati poco più di una trentina di casi. La morte avviene o per sincope o per asfissia.

Gli AA. riferiscono due casi, ambedue in donne ricoverate nella clinica dell'Hôtel-Dieu. In una la morte avvenne per sincope, non essendosi riscontrate all'autopsia nè ostruzioni bronco-alveolari, nè dilatazione cardiaca, nè congestioni viscerali. In questi casi possono talvolta impedire la morte le iniezioni intracardiache di adrenalina, di uabaina o di atropina, se fatte in tempo. La morte per sincope può forse dipendere da ipereccitazione del vago, causa dell'arresto definitivo del cuore. Nell'altra donna, di cui gli AA. riferiscono la storia, si trattava di un'asmatica, a forma asfittica, estremamente grave, salvata *in extremis* con inalazioni di carbogene.

Le iniezioni di adrenalina, quando se ne abusi, possono aggravare l'instabilità vagosimpatica del malato, causando stato permanente di eccitazione che termina in una vera cachessia.

La morfina anche va usata molto moderatamente, potendo favorire la sincope o l'asfissia. Nella maggior parte dei casi i malati soccombono ad un'asfissia progressiva (dispnea, cianosi, coma) anatomicamente rilevabile con bronchioli ostruiti per essudato molto denso, di mucina. A combattere l'asfissia giovano le inalazioni di ossigeno, o meglio di carbogene, associate ad iniezioni di canfora, di coramina, di caffeina che ha azione dilatatrice dei bronchi. Anche il salasso può in alcuni casi essere molto utile. F. TOSTI.

Terapia d'urgenza negli incidenti della cura pneumotoracica nella tubercolosi polmonare.

Gli incidenti da pneumotorace sono frequenti e anche quando non hanno conseguenze dolorose, non solo impressionano il malato e creano timori nell'ambiente di cura, ma richiedono anche un intervento pronto e rapido.

M. Bodo e V. Ponzetto (*Giornale di clinica medica*, 10 giugno 1939) hanno sperimentato la coramina e lo ritengono un rimedio elettivo di urgenza. Se ne servono per via endovenosa usando 5 cc. appena avvenuto l'incidente. Essi descrivono vari casi da loro osservati, e precisamente due di pneumotorace acuto da puntura del polmone, due di collasso di origine pleurica, e uno di embolismo cerebrale.

Gli AA. sono tanto convinti dell'efficacia della coramina che nella loro sezione fanno sempre precedere ogni intervento pneumotoracido da iniezione sottocutanea di 5 cc. di coramina e tengono sempre pronta un'altra fiala da 5 cc. per ogni evenienza. L.

Gli ossicarbonismi ignorati.

L'ossido di carbonio è un prodotto della combustione incompleta di sostanze ricche in carbonio e M. Loeper (*Bulletin Académ. Méd.*, 28 marzo 1939) ha costatato la sua formazione *endogena* nell'organismo in malattie della nutrizione e del ricambio, in anemie e in forme morbose presentanti segni nervosi, vascolari, polmonari.

La formazione endogena dell'ossido di carbonio, il quale, formando la carbossiemoglobina più stabile dell'ossiemoglobina, determina disturbi da anossiemia, può spiegare i sintomi nervosi, respiratori e cardiaci che si osservano in alcune malattie.

L'areazione, gli esercizi respiratori, il soggiorno ad elevata altitudine, il bleu di metilene (5-10 ctg. al giorno) sembrano i migliori medicamenti. F. TOSTI.

La pellagra e la sua cura coll'acido nicotinico.

La pellagra è relativamente rara in Cina (H. C. Hon (*The Chinese Med. Journ.*, giugno 1939) ebbe occasione di vederne e curarne sei casi nel 1938. Erano tutti e sei lievi, con alterazioni cutanee e diarrea. Tre furono curati con acido nicotinico per bocca, uno con acido nicotinico per iniezioni e due con lievito in polvere.

I risultati furono ottimi e si può essere certi che si devono all'acido nicotinico perchè la dieta che si somministrava loro fu tenuta scarsa di vitamina B_2.

La dose di acido nicotinico ha oscillato fra 200 e 400 mg. al giorno per un periodo di 2 a 4 settimane.

Solo uno dei sei ammalati aveva segni di avitaminosi B_1 che guarì colla avitamina B_1. L.

Esperimento di chimioterapia del tracoma per mezzo di un derivato glucosato del "4 : 4' Diaminodifenilsulfone,,; efficacità sul panno tracomatoso.

Le analogie morfologiche tra il virus del linfogranuloma inguinale e quello del tracoma, constatate da Et. Burnet, E. Guénod e R. Nataf (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, Paris, n. 9, 7 marzo 1939) hanno indotto questi a pensare che esse possano essere indice di analogie di ordine biochimico e che i due

microrganismi possano essere sensibili agli stessi mezzi di trattamento.

Il trattamento chimioterapico del linfogranuloma provato con successo da Mac Callum e Findaly, ha indotto gli AA. a esperimentarlo sul tracoma: il composto adoperato è un derivato glucosato, solubile nell'acqua, del « 4:4' diaminodifenilsulfone » preparato da W. H. Gray dei « Wellcome Chemical Research Laboratories ».

Gli AA. l'hanno impiegato per iniezioni locali sotto la congiuntiva palpebrale, superiore ed inferiore, e sotto la congiuntiva bulbare, quasi sempre contemporaneamente. Non hanno associato a questa cura nessun intervento operatorio nè alcun medicamento (mercurio, fenolo, ecc.); tutt'al più essi hanno praticato, ogni tre giorni, una instillazione di un collirio leggermente antisettico.

I risultati, studiati su 19 casi, hanno dimostrato che il 4:4' D., poco attivo sul tracoma della congiuntiva, migliora in maniera veramente rimarchevole il tracoma della cornea.

Superiore quindi a tutti gli antichi rimedi chimici, questo primo esempio di una azione curativa esercitata sul tracoma da un composto sulfonato, costituisce un progresso nel trattamento del tracoma stesso.

S. F.

Osservazioni clinico-chirurgiche sull'ascaridosi.

Rilevata l'importanza dell'esame radiologico, accanto a quello coprologico, per la diagnosi dell'ascaridosi, M. Bologna (*Riforma Medica*, 22 luglio 1939) si ferma su alcuni gruppi di affezioni chirurgiche (illustrate ciascuna da casi personali) nelle quali l'intervento operatorio ha mostrato la presenza di parassiti come fattori importanti nella produzione della sindrome morbosa.

La presenza di parassiti è stata riscontrata talvolta in maniera sempre relativamente poco frequente, in anse intestinali erniate. Spesso i parassiti sono causa di occlusione intestinale sia con la loro presenza, quando sono numerosi, sia con l'azione spastica di sostanze tossiche secrete dal verme: non rarissima è anche una peritonite da perforazione da essi determinata. La parassitosi a sede epatica è indubbiamente la meno frequente ma la letteratura riporta casi in cui numerosi ascaridi erano contenuti nelle vie biliari. Gli ascaridi possono anche localizzarsi nell'appendice, determinandone l'infiammazione ed anche la perforazione, e nell'apparato urinario.

L'A. infine accenna alla biologia parassitaria, alla fisiopatologia e all'anatomia patologica a cui l'infestazione può dar luogo, che meriterebbero studi ulteriori specie in rapporto alla attuale tendenza a creare nuovi tipi patologici enterici (per es. la cosiddetta enterite regionale od ileite terminale), per i quali forse potrebbe essere giustificata l'ipotesi di un qualche rapporto con l'infestazione parassitaria.

F. Tosti.

MEDICINA SCIENTIFICA

Contributo all'infezione sperimentale di anofeli con "Plasmodium malariae" e inoculazione della malattia all'uomo.

Ricordata la difficoltà incontrata da tutti i ricercatori a infettare gli anofeli col *P. malariae*, G. Marotta e G. Sandicchi (*Rivista di Malariologia*, vol. XVIII, fasc. II, 1939) riferiscono di aver potuto avere due infezioni sperimentali nell'uomo mediante uno stipite di P. malariae con cui avevano precedentemente infettato degli Anopheles maculipennis var. messeae allevati in laboratorio. La durata del ciclo anofelico è risultata di 24 giorni; la incubazione nei due soggetti è stata rispettivamente di 23 e 29 giorni. In uno dei due soggetti il decorso dell'infezione quartanaria è stato atipico.

F. Tosti.

La funzione esterna del pancreas dopo resezione del nervo splancnico.

La resezione dello splancnico di sinistra nel coniglio determina (A. Lauro, *Pathologica*, n. 567, 1939) un perturbamento di modico grado e transitorio della funzione lipasica e diastasica del pancreas che in mancanza di lesioni anatomiche dell'organo si deve attribuire ad alterazioni dell'equilibrio tra vago e simpatico conseguenti alla resezione dello splancnico. L'alterazione può prodursi per un duplice meccanismo: azione diretta sui rami simpatici deputati alla innervazione del pancreas o azione indiretta attraverso le lesioni della surrenale consecutive alla splancnicectomia per i rapporti funzionali esistenti tra surreni e pancreas.

Fojanini.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. G. F. da S. D. d. F.:

La Casa ed. L. Pozzi non ha ancora pubblicato lavori specializzati sulla cura della sciatica e delle varici, di cui però si parla nelle varie opere di indole generale.

Come monografie specializzate posso consigliarle le seguenti:

1) J.-A. Chavigny. La sciatique, Doin, Paris, in cui l'A. si occupa specialmente della forma reumatica.

2) J.-A. Sicard e L. Gaugier. Traitement des varices par la méthode sclérosante. Masson et C.ie, Paris. L. Gerson. Les Varices. Doin, Paris. Anche in quest'ultimo, si fa larga parte al metodo sclerosante.

fil.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA.

Medico delle Casse Mutue - Licenziamento.

L'Ufficio Provinciale di collegamento e di gestione delle Casse Mutue di Malattia e dell'Industria (sede di Catania) licenziò il direttore sanitario dopo una deliberazione così motivata: « constatato che la direzione del servizio sanitario non ha mai manifestato alcuna attività, rifiutandosi di adempiere ai propri doveri anche in seguito ai tempestivi e ripetuti richiami, si decide che il direttore cessi dalle sue funzioni e sia lasciato libero di presentare le sue dimissioni per evitare che si proceda ad un licenziamento che non può più oltre protrarsi dopo la benevola tolleranza usatasi per un lungo periodo di tempo ».

La V Sezione del Consiglio di Stato, con sentenza 18 aprile 1939 n. 308, visto che l'atto di licenziamento richiamava la precedente deliberazione, sopra riassunta, considerò che il rapporto d'impiego era risoluto per motivi disciplinari. Ciò premesso, e pur essendo applicabile il D. L. 13 novembre 1924 n. 1825 concernente l'impiego privato, perchè l'ufficio non aveva un regolamento proprio, il Consiglio di Stato, con la decisione sopra indicata ha annullato il provvedimento.

La risoluzione è importante perchè rafforza l'indirizzo della giurisprudenza, che, prima alquanto contrastato, dichiara illegittimi gli atti amministrativi di risoluzione del rapporto d'impiego per causa disciplinare sia pure dissimulata, anche quando siano applicabili le norme concernenti l'impiego privato, le quali ammettono la risoluzione dei rapporti a tempo indeterminato anche senza giusta causa, salvo il pagamento delle indennità dovute. Ma il rapporto d'impiego pubblico, anche quando sia assoggettato a certe norme della legge sull'impiego privato, si differenzia da questo: è costituito per un fine amministrativo e non è rimesso al semplice arbitrio dell'organo che rappresenta l'ente pubblico. Già altre volte abbiamo esaminato questo delicato argomento per dimostrare che in ogni caso l'atto che risolve un rapporto di impiego pubblico deve avere una causa legittima, la quale esclude l'arbitrio: se la causa è invalida, per qualsiasi vizio che la vulneri, il provvedimento è illegittimo e deve essere annullato con effetti di reintegrazione diretta e indiretta.

Infortunio - Causa violenta - Concetto.

Agli effetti degli infortuni idennizzabili non è necessario che « la causa violenta » sia caratterizzata dalla istantaneità ed eccezionalità del fenomeno fisico che abbia agito sull'organismo e dalla imprevedibilità del fenomeno stesso. Anche un eccesso di calore o di freddo può rappresentare causa violenta. Perciò è stato considerato indennizzabile il danno derivato da polmonite contratta dall'operaio per essere rimasto esposto alla pioggia durante il lavoro e quello letale cagionato da insolazione o per cause perfrigeranti in occasione di lavoro. Nè esclude il carattere di infortunio il fatto che la morte e la lesione si presentino come esito di una predisposizione organica e patologica dell'operaio. Infatti, la giurisprudenza della Corte di Cassazione, risalendo alla regola fondamentale e concisa dell'art. 41 cod. pen., che cioè il concorso di cause preesistenti non esclude il rapporto di causalità, riconosce essere inerente a tutto il sistema del nostro diritto e quindi anche alla materia infortunistica il principio della irrilevanza della concausa.

Non si può considerare generico il rischio al quale è esposto l'operaio costretto a lavorare a bassissima temperatura, sotto la neve cadente e sulla poltiglia gelida, in condizioni cioè ben diverse da quelle delle altre persone che possono liberamente garantirsi dai rigori e dai pericoli delle intemperie.

« Basta invero considerare che, essendo innegabile che l'operaio intanto subisce l'infortunio in quanto è esposto al peculiare rischio che lo provoca e che vi dà quindi causa occasionale, tale considerazione configura proprio quel rischio specifico dal quale consegue in caso di infortunio la ragione del danno indennizzabile; e la giurisprudenza della Suprema Corte, concorde con la dottrina più apprezzabile, ha precisato che sotto il nome di rischio specifico sono compresi sia il rischio specifico vero e proprio, dipendente cioè per la sua natura dalle condizioni del lavoro, sia quello specifico indiretto che trova ragioni di aggravamento nelle condizioni ambientali di lavoro ». (Per queste risoluzioni, vedere sentenza 12 aprile 1938 n. 1251 della Corte di Cassazione del Regno).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Le percentuali sui compensi delle mutue ai medici.

La Federazione Nazionale Fascista delle Mutue di Malattia per i Lavoratori Agricoli, il Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e l'Associazione Nazionale Fascista del Pubblico Impiego, in relazione a quanto stabilito dall'art. 82 del R. D. 30 settembre 1938-XVI, n. 1631 hanno convenuto:

1. Il compenso fisso per ogni ricoverato a carico della Federazione Naz. Fascista delle Mutue di Malattia per i Lavoratori Agricoli e che le Amministrazioni Ospedaliere dovranno devolvere integralmente ai Sanitari curanti a norma del succitato art. 82, resta determinato come segue:

a) Ospedali di prima e seconda categoria, ed ospedali di capoluogo di provincia, qualunque ne sia la categoria: L. 80 per ogni ricoverato in reparto di medicina; L. 110 per ogni ricoverato in reparto di chirurgia;

b) Ospedali di terza categoria: L. 70 per ogni ricoverato in reparto di medicina; L. 90 per ogni ricoverato in reparto di chirurgia;

c) Infermerie: L. 60 per ogni ricoverato in medicina; L. 70 per ogni ricoverato in chirurgia.

Per i ricoveri a scopo di osservazione, che non comportino una degenza superiore ai quattro giorni, in qualunque categoria di ospedali, il compenso resta fissato nella misura corrispondente a quella prevista per ogni ricoverato in reparto medico. La convenzione dovrà essere approvata fra breve dal Ministero.

CONCORSI.

Proroga per le libere docenze universitarie. — Il Ministro dell'Educazione Nazionale, in considerazione delle difficoltà che i candidati alla libera docenza per la sessione dell'anno 1939 incontrano per ottenere in tempo, nel presente momento, la stampa delle loro pubblicazioni, ha — in via affatto eccezionale — concesso con sua recente ordinanza una generale proroga di un mese per l'invio di tali pubblicazioni da parte degli interessati ai Commissari d'esame.

Il termine resta quindi fissato al 31 ottobre per i candidati comuni e al 30 novembre per i candidati A. O. e O. M. S.

Proroga dei concorsi per sanitari condotti.

In seguito a disposizione del Ministero dell'Interno i concorsi per sanitari condotti, indetti dalle RR. Prefetture, sono prorogati a tutto il 30 settembre 1939-XVII.

BOLOGNA. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico prov. « Luigi Lolli » in Imola; scad. 20 nov.; stip. L. 18.500; 6 aumenti del decimo; supplem. serv. att. L. 4000; età limite 35 a.

GORGONZOLA (Milano). *Ospedale Serbelloni.* — Medico chirurgo assistente; titoli; nomina e conferme biennali; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; compartecipaz. Assunzione servizio entro 30 giorni. Chiarimenti dalla Segreteria.

IMOLA (Bologna). — Vedere Bologna.

PESARO-URBINO. *Amministraz. Prov.* — Medico primario dell'Ospedale psichiatr. prov., in Pesaro; titoli; scad. 30 ott.; età limite 42 a.; stip. L. 13.040 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. (serv. att. L. 970, c.-v., alloggio L. 3000). Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria.

VARESE. *Consorzio provinciale antitubercolare.* — È aperto il concorso al posto di medico aiuto del Dispensario provinciale e ad un posto di medico dirigente di sezione dispensariale. I suddetti posti sono retribuiti con assegno annuo lordo di L. 4000. Ai sanitari non abitanti nel comune sede del dispensario verrà corrisposta un'indennità speciale di L. 4000 annue. Detti assegni sono al lordo delle riduzioni stabilite dai RR. DD. legge 20 nov. 1930, n. 1491 e 14 aprile 1934, n. 561 e degli aumenti di cui ai regi decreti 24 sett. 1936, n. 1719 e 27 giugno 1937 ed alla legge 20 aprile 1939. Scadenza ore diciotto dell'11 dicembre 1939-XVIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio in Varese.

VARESE. *Consorzio provinciale antitubercolare.* — È aperto il concorso per titoli ed esami ad un posto di Assistente Sanitaria Visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari della Provincia di Varese. Stipendio annuo L. 7200 suscettibili di 4 aumenti triennali del decimo oltre ad un'indennità di servizio attivo di L. 1365 annue il tutto con le riduzioni stabilite dai RR. DD. LL. 20 nov. 1930, n. 1491, e 14 aprile 1934, n. 561, e con gli aumenti di cui ai RR. DD. 24 sett. 1936, n. 1719 e 24 giugno 1937, ed alla legge 20 aprile 1939, n. 591. Indennità fissa di giro da stabilirsi annualmente e che per il 1939 è fissata in L. 200 mensili lorde. Scad. ore 18 dell'11 dicembre 1939-XVIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria del Consorzio di Varese.

VENEZIA. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatr. Prov.; stip. L. 21.000 e 4 aumenti dec.; serv. att. L. 6500; assegno speciale L. 780; alloggio, riscaldam. e illuminaz. anche per la famiglia; età limite a. 35; assunz. serv. entro 15 giorni. Rivolgersi alla Segreteria.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi.* — Medico primario della Sezione oto-rino-laringoiatrica; medico chirurgo odontoiatra, direttore del servizio odontoiatrico; medico aiuto della Sez. gener. medica;. id. della Sez. gener. chirurgica; medico assistente della Sez. gener. medica; id. della Sez. pediatrica; stipendi annui rispettivamente L. 4532, L. 2172, L. 4195, L. 4195, L. 3970, L. 3970; aumenti; quote di compartecipazione. Tassa annua L. 50. Scad. 9 ottobre. Chiedere annunzi. Rivolgersi alla Segreteria.

VERONA. *Amministraz. Prov.* — Medico di Sezione presso l'Ospedale psichiatrico prov. di S. Giacomo. A tutto il 29 settembre.

Borse di studio.

Fondazione Belfanti.

È aperto il concorso ad una borsa di studio dell'importo di L. 10.000 a favore di un giovane laureato in medicina nella R. Università di Mila-

no da non più di tre anni, da computarsi alla data di scadenza, che è fissata per il 30 settembre. Domanda e documenti alla Segreteria dell'Università, corso Roma 10.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il maggiore medico dott. D'Alessandro Raffaele, insegnante titolare alla Scuola di applicazione di Sanità Militare di Firenze, è stato promosso a *scelta speciale* al grado di tenente colonnello medico.

Al valoroso giovane collega, autore di apprezzate pubblicazioni, e dell'opera: « Medicina e Medicina Legale Militare », vincitrice del premio Fondazione *Ferrero di Cavallerleone* vadano le più cordiali nostre felicitazioni. L. P.

La Società per gli Studi della Malaria, presieduta dal sen. ing. N. Prampolini, aveva bandito un concorso per l'assegnazione di premi agli autori di pubblicazioni riguardanti la malaria nell'A.O.I. La Commissione, composta dei proff. G. Sanarelli, L. Ficacci e F. Jerace, segretario, presi in esame i lavori presentati, ha deliberato all'unanimità di assegnare un premio di L. 4.000 al dott. Regolo Moise, maggiore medico della R. Marina, per le sue ricerche sulla malaria in Somalia e in Assab, le quali portano un notevolissimo contributo alla conoscenza dei problemi malariologici delle nostre colonie.

Inoltre, considerando che la Missione inviata nell' A.O.I. dall' Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava » di Roma, composta dei proff. Lega, Raffaele e dott. Canalis, ha pubblicato una relazione che costituisce il più ampio e pregevole studio sulla malaria nell'Etiopia, ha disposto di assegnare un premio ai tre collaboratori, in riconoscimento dell'importanza del loro lavoro.

I lavori del dott. Moise verranno pubblicati nella *Rivista di Malariologia*, organo della Società.

Il dott. prof. Kikuth di Elberfeld ha ricevuto la medaglia d'argento dalla Società di medicina e scienza naturale di Jena, in riconoscimento dei suoi alti meriti nelle nostre conoscenze sulla malaria: al Kikuth spetta il merito di aver introdotto l'atebrin in terapia. Di recente egli è stato nominato anche membro onorario dell'Istituto belga di medicina tropicale di Anversa.

Il col. med. Antonio De Napoli è nominato, *motu proprio* del Re Imperatore, ufficiale nell'Ordine Coloniale della Stella d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE

5° Congresso internazionale del pronto soccorso.

Come abbiamo annunziato, dal 23 al 28 luglio si è svolto a Zurigo e St. Moritz il V Congresso internazionale di assistenza e pronto soccorso per gl'infortuni.

Il delegato italiano ten. col. prof. Ugo Cassinis, presidente della Federazione Medici degli Sportivi, ha fatto una disamina dell'organizzazione dei soccorsi nello sport di montagna in Italia mettendo in rilievo l'opera svolta dal Centro alpinistico italiano circa gl'impianti dei posti sanitari, controllati rigorosamente da una Commissione-scientifica di cui fa parte il presidente della Federazione Medici degli Sportivi.

L'oratore ha riferito poi sui sistemi organizzativi di trasporto e soccorsi adottati dalle truppe alpine dell'Esercito e dai Gruppi Universitari, presso i quali l'alpinismo ha raggiunto un grande sviluppo; e ha terminato affermando che molti stranieri, che hanno avuto bisogno di soccorso nelle nostre Alpi, sanno che è stato sempre fatto quanto è possibile, fino anche a ricorrere all'aeroplano per ricerca e rifornimenti di alpinisti isolati; i ritardi sono dovuti alle gravi difficoltà poste dalla montagna.

Tra i relatori sono stati anche i proff. Bonola di Bologna e Ragnotti di Milano.

5° Congresso italiano di chirurgia plastica.

Il V Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Plastica si svolgerà a Napoli nei giorni 21 e 22 ottobre. Dopo la seduta inaugurale vi sarà la relazione ufficiale sulla cura dei traumi del naso in rapporto alla chirurgia plastica. Seguiranno comunicazioni individuali, proiezioni di filmi e sedute operatorie.

Dopo la seduta amministrativa i partecipanti al Congresso si riuniranno in uno dei suggestivi dintorni di Napoli.

La quota di partecipazione al Congresso è di L. 50, e dà diritto ad intervenire ai ricevimenti ufficiali ed al rancio sociale.

Coloro che desiderano presentare delle comunicazioni sono pregati inviarne il titolo con un breve riassunto al prof. Arturo Manna, via Nazionale 87, Roma.

Le quote di partecipazione possono essere inviate direttamente al cassiere della Società, dottor Vincenzo Di Filippo, via Valadier 53, Roma.

Riunione della Società di medicina dell'Impero.

Ha avuto luogo presso l'Ospedale Coloniale Principale di Gondar la prima riunione della Società di Medicina dell'Impero, Sezione dell'Amara.

Alla riunione hanno partecipato l'Ispettore di Sanità Civile dott. Lombardi, il Direttore dell'Ospedale Maggiore dott. Failla, i primari ed i tecnici dell'Ospedale, il direttore del laboratorio e di profilassi dott. Moscardini, tutti i medici di Gondar ed i medici regionali di Gondar, Debra Marcos, Metemma, Uorrò Uilù, Debra Tabor.

Le comunicazioni svolte sono state le seguenti: prof. G. Pugliesi-Duranti: « Miopia transitoria spasmodica da arsenobenzolo »; prof. G. Puglisi-Duranti e prof. Rebaudi: « Sulle congiuntiviti rinogene »; prof. G. Puglisi-Duranti e prof. F. Rebaudi: « Sui traumatismi del cranio e loro complicazioni »; e « Emianopsia bitemporale traumatica »; prof. F. Rebaudi e dott. A. Musso: « Tumori giganto-cellulari della mandibola »; prof. G. Garrasi: « Il decorso del parto e del puerperio nelle donne nazionali nell'Amara »; dott. A. Cupi: « La terapia sulfamidica nella blenorragia acuta »; dott. G. Moscardini: « Sulla tossicità di alcuni fluidi frigorigeni usati negli impianti di refrigerazione »; dott. F. Sarcinella: « Comunicazione preliminare sulla colibacillosi nei paesi tropicali »; dott. M. Tocco: « Nuovi concetti sulla etiologia e buoni risultati ottenuti nella terapia della piorrea alveolare da nuove associazioni medicamentose ».

Il 3° congresso internazionale di neurologia.

Si è svolto a Copenaghen dal 21 al 25 agosto con l'intervento di circa 500 neurologi di ogni paese.

Degli italiani erano presenti i proff. Buscaino (vicepresidente), Baldi, Cerletti, Donaggio, Perrier, Porta, Riquier, Vercelli, ecc.

Il prof. Riquier, relatore ufficiale su uno dei tre temi generali posti in discussione (Le avitaminosi in rapporto con il sistema nervoso periferico) ha parlato « Sugli aspetti clinici ed anatomopatologici della cosidetta polinevrite aviaria e sulla azione della Vitamina B_1 ».

Venne deliberato che il 4° Congresso si adunerà a Parigi nel 1942 ovvero nel 1943.

Raduno medico regionale a Valdieri.

Il 16 agosto nelle Regie Terme di Valdieri si sono riunite la Società piemontese di chirurgia e la Società cuneese di cultura medica; a presiedere i lavori è stato chiamato il prof. Bocchetti. Sono state fatte relazioni e comunicazioni sulla cura della tubercolosi da: Uffreduzzi, Barchi, Verdina, Bertocchi, Biancalana, Rizzotti, Bobbio, Viana, Storchi, Carusi, Bonanno, ecc., e sulla cura del reumatismo, da Mecci. Si è avuta un'ampia discussione; infine il prof. Bocchetti ha esposto con ampia rassegna quanto il Regime ha fatto per il perfezionamento della scienza e per la salute del popolo.

Congressi e convegni vari.

La Società tedesca di pediatria si è adunata a Salzburg; nell'occasione la « Wiener Klinische Wochenschrift », ha pubblicato un numero speciale (in data 8 settembre).

L'Associazione americana dei medici ferroviari ha tenuto la sua 50ª adunanza in Chicago, dall'11 al 13 settembre, sotto la presidenza del dott. M. A. Finlay (Council Bluffs, Ia.). Il programma comprendeva più di trenta comunicazioni.

Il 29 ottobre si terrà a Bologna un Convegno di medicina costituzionalistica, per onorare l'illustre clinico sen. Giacinto Viola.

L'Associazione dei Medici Italiani Artisti (« A.M.I.A. ») comunica che il VI Convegno Nazionale fissato per i giorni 7-8-9 ottobre in Salsomaggiore viene rinviato ad epoca da destinarsi.

La riunione scientifica della Sezione lombarda della Società italiana di ostetricia e ginecologia, indetta a Varese per il 10 settembre, è stata rimandata ad epoca da destinarsi.

È stato rinviato a epoca da destinarsi il Congresso nazionale di medicina legale e delle assicurazioni che doveva aver luogo in Padova a fine settembre. Il Comitato prega di preparare ugualmente le comunicazioni scientifiche trasmettendone con sollecitudine il titolo.

La riunione costitutiva e il 1° congresso della Società tedesca di nuerochirurgia, che dovevano tenersi a Würzburg il 6 e il 7 ottobre, sono rimandati.

Il 14° Congresso internazionale di medicina omeopatica si è svolto a Losanna; l'Italia era rappresentata dal fiduciario nazionale della sezione tecnica omeopatica, dott. Gaetano Gagliardi, dal vice-presidente, dott. Dandolo Mattoli e dai dottori Fulvio Bonino, Giuseppe Sepe e Giorgio Mattoi; essi anno preso parte ai lavori.

Il 3° Congresso internazionale sul cancro si è tenuto ad Atlantic City dall'11 al 15 settembre, sotto la presidenza di F. C. Wood; ha assunto carattere nazionale.

Il 52° Congresso dell'Associazione americana degli ostetrici, ginecologi e chirurgi addominali si è svolto a Hot Springs, dal 7 al 9 settembre, sotto la presidenza di J. G. King.

La Società Internazionale d'Idrologia Medica di Londra ha deciso — stante l'attuale situazione — di rinviare ad altro periodo la Riunione annuale che avrebbe dovuto svolgersi in Italia durante il prossimo ottobre.

La 30ª riunione internazionale per la sierodiagnosi della sifilide è stata indetta a Copenaghen, per il 25 settembre, dall'Istituto sierologico statale danese.

Corsi di malariologia in Roma.

All'Istituto di Malariologia « Ettore Marchiafava », diretto dal sen. prof. G. Bastianelli, si sono svolti i corsi di perfezionamento dal 24 luglio al 9 settembre. Gl'iscritti italiani sono stati in numero di 51: di cui 6 dal Ministero dell'Interno, 23 dal Ministero dell'Africa Italiana. Gli iscritti stranieri sono stati 5.

I corsi, svoltisi regolarmente, consistettero in lezioni, conferenze, dimostrazioni, esercitazioni di laboratorio e di clinica, visite ed escursioni in campagna.

Scuola di specializzazione e di perfezionamento in clinica delle malattie tropicali e subtropicali a Roma.

Presso la R. Università di Roma saranno tenuti, sotto la direzione del sen. prof. Aldo Castellani di Chisimaio, due corsi: uno di specializzazione, della durata di 2 anni, ed uno di perfezionamento, della durata di 1 anno. Alla fine del corso la R. Università rilascerà il relativo diploma.

Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina, oppure alla Segreteria della R. Clinica delle Malattie Tropicali e Subtropicali, Policlinico Umberto I, Roma.

L'Italia ospedaliera al sorgere dell'Impero.

Presso la Casa Editrice « Medici Domus » di Milano, via Principe Umberto 5, è in corso di preparazione un grande volume documentario su tutta la complessa organizzazione ospedaliera d'Italia.

La compilazione è stata affidata all'avv. prof. Giuseppe Castelli, Segretario Generale degli Istituti Ospitalieri di Milano, il quale ha condotto a termine l'Opera con competenza e con amore.

La grandiosa pubblicazione comprenderà l'illustrazione di tutti gli Ospedali Civili e Militari, dei Psichiatrici e quelli dei diversi Enti: Ordine di Malta, Ordine Mauriziano, Istituto di Previdenza Sociale, Infortuni sul lavoro, Croce Rossa, Maternità e Infanzia, Cliniche Universitarie e Case di Cura Private.

Un intero capitolo è dedicato all'assistenza ospedaliera nei possedimenti e nelle Colonie.

Richiedere alla Casa Editrice il fac-simile illustrato dell'Opera.

Un po' dovunque.

La Facoltà di Medicina di Cagliari ha approvato l'istituzione dell'insegnamento per incarico della Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnica, dato il grande sviluppo dell'industria mineraria nel Cagliaritano.

Il Foglio di disposizioni N. 1401 del Segretario del Partito reca che: è istituita, presso la Scuola superiore femminile fascista di agraria in S. Alessio, una borsa di studio a favore di fasciste o giovani fasciste appartenenti a famiglie di medici condotti. Nell'assegnazione verrà tenuto conto del contributo dato dalle richiedenti o da persone della loro famiglia alle attività dei fasci femminili.

Il Ministero dell'E. N. ha indetto concorsi nazionali per esami all'ufficio di assistente a cattedre universitarie o d'istituti d'istruzione superiore. I posti sono 207, per 70 insegnamenti.

Il sottosegretario agli interni, Buffarini-Guidi, ha inaugurato a Tirrenia, l'11 settembre, la colonia « Costanzo Ciano » per i figli dei vigili del fuoco, costruita dal Ministero dell'Interno (Direzione generale servizi anti-incendi). È stato scoperto anche un busto dell'Eroe di Buccari.

In Inghilterra alcuni neuropsichiatri hanno proposto al Governo la fondazione di un Istituto per lo studio e la cura dei delinquenti emendabili. La proposta deriva dall'esame di 406 soggetti dei due sessi, in specie condannati per reati sessuali. L'Istituto comprenderebbe una clinica-ospedale per detenuti rieducabili, un reparto psichiatrico per i refrattari al trattamento rieducativo, una colonia agricola, un centro d'osservazione e di cura per ragazzi.

La « John Simon Guggenheim Memorial Foundation » ha lo scopo di istituire borse di studio per gli scambi colturali tra gli Stati Uniti e l'America latina. Le borse importano 2000 dollari (40.000 lire it. circa) ciascuna e vengono attribuite a studiosi di età compresa fra 25 e 40 anni.

Il prof. P. Rivet, direttore del Museo antropologico di Parigi, ha tenuto una serie di conferenze nell'America latina, particolarmente nel Perù.

Nel sud della Colombia si è determinata una epidemia di febbre Oroya o verruga peruviana, bartonellosi il cui agente specifico *(Bartonella moniliformis)* si trova nelle emazie durante il periodo febbrile e nelle lesioni cutanee durante la fase granulomatosa. Fino a qualche settimana addietro erano stati denunziati 1200 decessi da tale infezione.

La « Presse Médicale » del 12 agosto e lo « Scalpel » del 2 e del 9 settembre pubblicano il testo degli statuti dell'Ordine dei Medici del Portogallo.

In Germania, dato il bisogno di medici e farmacisti, si è consentito l'esercizio ai diplomati, anche se non hanno compiuto l'anno di pratica.

Nell'Ospedale « Regina Margherita » di Messina è stata operata una signorina che da tempo soffriva di disturbi digerenti gravi; nello stomaco si trovarono numerosi aghi, bottoni e pezzetti di legno.

Il sig. Giovanni Corbi di Roma ha donato, il 28 agosto, il suo sangue per la 150ª volta; si calcola che in sei anni egli abbia fornito 75 litri di sangue.

Nell'Ospedale di Basingstok, Hampshire, Inghilterra, un ricoverato ventinovenne, certo Prince Spencer, colpito da improvvisa alienazione mentale, si scagliava con una sedia di ferro contro gli altri ammalati della sala, uccidendone uno e ferendone gravemente altri tre; alcuni medici ed infermieri accorsi per disarmarlo rimanevano lievemente contusi.

A Tirana, con l'intervento del presidente del Consiglio, dei membri del Governo, dell'Ispettore del P.N.F. e del Federale, di alti funzionari della Luogotenenza e di molte personalità, il Luogotenente Generale medico prof. Perna ha tenuto, nel cinema teatro del Dopolavoro, una conferenza nella quale ha illustrato i risultati dell'azione svolta in Albania dalla missione odontoiatrica da lui diretta.

Il Duce, su proposta del Ministro della Cultura Popolare, ha disposto che entro l'anno XVIII dell'Era fascista sia inaugurata in Roma una Mostra della razza.

Su invito della « World's Fair » di New York, una delegazione di ex-combattenti francesi ha visitato l'esposizione. Tra i delegati erano i dottori F. Mannonteil e Vimel de Fléchac; il primo ha tenuto due conferenze sulla sterilizzazione delle sale chirurgiche, allo « International Center Hospital » e al « Medical Center Hospital ».

Si è iniziata la pubblicazione della « Medicina della razza », rassegna di studi medico-sociali, pubblicata a cura degli Istituti sanitari della Provincia di Lucca e diretta dal prof. Giacomo Bianchi; sede: Palazzo del Governo, Lucca. Auguri.

Il prof. Demetrio Paulian di Bucarest ha tenuto all'Accademia delle Scienze di Ferrara una lezione sulle turbe trofiche d'origine nervosa.

Il prof. Rubinato ha tenuto a Treviso una conferenza sul tema: « Il dolore nei suoi effetti psicologici visto da un medico ».

La Confederazione fascista dei lavoratori dell'agricoltura ha predisposto un vasto piano assistenziale per i lavoratori agricoli della canapa. Considerata l'opportunità che provvedimenti simili a quelli già adottati dall'Unione dei lavoratori agricoli e delle Casse mutue di malattia di Napoli vengano estesi, ha inviato alcune Unioni dell'Alta Italia a formulare delle proposte.

Durante i primi mesi del 1939 l'esportazione di prodotti medicinali dell'Italia è risultata di L. 38.648.000, contro L. 33.053.000, del corrispondente periodo del 1938; le specialità vi figurano con L. 13.698.000, i prodotti sintetici con L. 519 mila, le preparazioni farmaceutiche con L. 5 milioni 486.000, il succo di liquorizia con L. 2.706.000.

Il 4 luglio nella Facoltà di Medicina veterinaria di Napoli, in occasione della Iª Settimana sanitaria partenopea, fu scoperto un busto in bronzo di Pietro Oreste (1839-1934), che fu professore di anatomia veterinaria.

Il Sindacato nazionale fascista ostetriche ha conferito il diploma di massima benemerenza all'ostetrica condotta di Odenzo, Regina Spilimbergo vedova Cappellotti, che in 43 anni di servizio ha assistito oltre 7000 parti; durante l'invasione nemica rimase in servizio assistendo 180 parti.

In occasione del sessantesimo compleanno è stata festeggiata in Germania la dott.ssa Caterina

Freytag, primaria dell'Ospedale Olga di Dusseldorf. Fu la prima donna laureata in medicina ed è rimasta l'unica chirurga di larga rinomanza. Durante la guerra diresse un ospedale da campo a Charleroi e poi un ospedale militare a Linz.

Un progetto di legge, presentanto alla Camera francese il 20 maggio dal deputato Consin, stabilisce che in tempo di guerra tutti i medici, fino all'età di 68 anni, sono requisiti di diritto dall'autorità militare, qualora esercitino o siano in grado di esercitare. Su domanda del prefetto, i medici di età superiore a 60 anni possono rimanere sul posto di residenza, non ricevendo alcun compenso, salvo che non si tratti di città o zone evacuate.

L'ambasciatore degli Stati Uniti a Varsavia, Biddle, in due rapporti, dell'8 e del 12 settembre, ha segnalato come l'aviazione tedesca abbia bombardato un sanatorio infantile presso Oswock, un treno sanitario con i segni della Croce Rossa, fermo nella stazione di Varsavia-Est, ed una località aperta, ove si trova l'ambasciata. (Evidentemente non può trattarsi che di errori involontari ed inevitabili, inerenti alla difficoltà, da parte dell'aviazione, di raggiungere gli obbiettivi).

Il dott. PARIN, che da venti anni prestava servizio nell'ospedale marittimo di Berck-Plage, è morto di cancro, da raggi X.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Klin. Woch., 10 giu. — H. W. BAUSI. Ricambio minerale. — F. KÖGL. Eziologia dei tumori.

Presse Méd., 10 giu. — C. VINCENT. L'avvenire della neuro-chirurgia.

Journ. d. Prat., 17 giu. — LEMIERRE. Angina a monociti e mononucleosi infettiva.

Min. Med., 26 magg. — L. BIANCALANA. Stellectomia per le sindromi post-sifilitiche. — 2 giu. F. CORELLI. Patogenesi allergica della pleurite essudativa prim.

Haemat., Arch., V. — I. GATTO. Sindromi neuroematiche nell'infanzia.

Rass. Cl.-Scient., 15 giu. — G. BERTACCINI. Tbc. cutanea ipertrofica vegetante.

Presse Méd., 17 giu. — R. DEBRÉ e al. Studio radiologico dell'asma infant. — H. JOLY. Malaria a forma respiratoria.

Paris Méd., 17 giu. — Chirurgia infantile e ortopedica.

Lancet, 17 giu. — J. V. LANDOR. Deficienza di vitamina B_2. — M. HYNES. Puntura sternale.

Marseille Méd., 5 magg. — Ginecolog. e ostetr. — 15 magg. E. CHARPIN. Epidemia di zona.

Deut. Med. Woch., 16 giu. — HINSELMANN. Cancro cervicale. — RIKL. L'anacoresi nelle malattie reumatiche.

Journ. A. M. A., 3 giu. — H. BLACKFIELD e L. GOLDMANN. Scottature nell'infanzia. — J. SCUDDER e al. Conservaz. del sangue.

Münch. Med. Woch., 16 giu. — J. A. LOBER. Trattam. delle meningiti.

Arch. It. di Anat. e Ist. Pat., giu. — N. MAGGI. Adeno-epitelioma sudoriparo ad evoluz. melanotica. — F. PIZZETTI. Noduli di Gamna.

Settim. Med., 11 magg. — F. NUTI. Sepsi lenta da enterococco.

Wien. Klin. Woch., 16 giu. — O. PÖTZL. Tempo soggettivo. — W. BREN. Giudizio elettrocardiografico della capacità di lavoro.

Accad. Med., mar. — R. AGNOLI. Patogenesi dell'ipertens. art. — P. CIGNOLINI. Elettroterapia dell'angina p.

Chinense Med. Journ., magg. — C. Y. CHEN. Trattam. delle scottature. — S. P. CHANG. Cura chininica del tracoma.

Forze San., 31 magg. — U. ARCANGELI. Eredolue. — F. BOCCHELI. Climatologia nella cura della tbc. — A. DEL GUERRA. Aggressivi chimici.

Bull. Méd., 17 giu. — Neuro-chirurgia.

Med. Klinik, 16 giu. — H. HÜLLSTRÜNG. Patogenesi dell'eritema nodoso. — E. GRÜNBERG. Danni da lavoro alla cute.

Min. Med., 9 giu. — G. MICHETTI e al. Rapporto deidroascorbico: ac. ascorbico nella clinica.

Presse Méd., 21 giu. — G. RAMON. Lotta contro il tetano.

Bull. Ac. Med., 13 giu. — C. KLING e al. Virus poliomielitico nelle feci. — MANOUSSAKIS. Biologia degli anofeli e malaria.

Brit. Med. Journ., 24 giu. — J. M. VAIZAY. Sepsi dentale. — W. J. ROCHE e al. Trattam. della meningite cerebro-spinale.

Min. Med., 16 giu. — D. GIGANTE. Ipersensibilità agli estratti di fegato. — F. RIETTI. Febbre ondul. e maretina.

Wien. Klin. Woch., 23 giu. — E. PASSARGE. Il pensiero clinico nell'insegnamento dell'anatomia.

Münch. Med. Woch., 23 giu. — R. MANCKE e W. SIEDE. Diagnosi di colangite. — G. JACOBY. Diagn. differ. di paralisi difterica.

Klin. Woch., 24 giu. — K. GOLLWITZLER-MEIER e C. KROETZ. Terapia cardiaca simpaticotropa. — F. WIEDENBAUER e G. WIELAUND. Vitam. B_1 nell'adulto. — K. WEIDNER. Circolaz. cerebrale.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 4 giu. — S. MOTTA DI LAURO. Antimalarici sintetici.

Rif. Med., 24 giu. — E. CENTANNI. Agente pirogene della febbre. — F. PERNIOLA. Reaz. Drenaggio nel siero di sangue.

Journ. A. M. A., 10 giu. — H. J. BRUMM e F. A. WILLIUS. Il rischio chirurgico nelle malattie delle coronarie. — P. D. WHITE. La prognosi nelle malattie cardiache. — A. M. YOUNG e al. Polmonite da lipoidi.

Clin. Chir., magg. — F. SCOLARI. Ascesso cerebrale traumatico in bambini. — G. SORCE. Retraz. ischemica di Volkmann.

Ann. de Méd., giu. — P. DUBOST e P. DUREL. Cianosi durante la chemioterapia con derivati di zolfo. — M. NETOUSEK. Trattam. della febbre tifoide con lo choc.

Proc. R. Soc. Med., giu. — Discussioni su: Vitamina E; La chirurgia nei diabetici; Infezione antrale di origine dentaria. Casistica.

Journ. Méd. Franç., magg. — Oliguria.

Giorn. Chir. Med., 10 giu. — L. MIGONE. Dietetica del diabete pancreat. — M. BODO e V. PONZETTO Terapia d'urgenza negli incidenti del pneumotorace.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 21 magg. — G. MUSSI. Associazione sistematica delle reazioni di Wright e di Widal.

Deut. Med. Woch., 30 giu. — Medic. coloniale.

Marseille-Méd., 25 magg. — L. RAYBAUD e A. ORSINI. La sifilide nel vecchio. — E. L. MICHEL. Febbri tifoidi « intricate ».

Practitioner, lug. — Cancro.

Pathologia, 15 giu. — D. V. BORI. La tossina difterica è il vero veleno difterico? — G. LECCISOTTI. Miceti come agglutinogeni.

Pediatria, mag. — L. ANGELINI. Difteriti e difterici atipici.

Gaz. d. Hôp., 28 giu. — L. DAMBRIN e C. BERNARDINI. Profilassi delle aderenze intra-addom. e post-operat.

Sett. Med., 1 giu. — R. BENINATO. Guarig. vera e apparente di caverne polm. non influenzate dalla collassoter.

Paris Méd., 1 lug. — Malattie della nutriz.

Riv. di Pat. nerv. e ment., mar.-apr. — G. M. FASIASI e C. BERLUCCHI. Ependimoma del IV ventricolo. — A. RUBINO. Cisti idatidea del IV ventricolo.

Indice alfabetico per materie.

Anemia emolitica con emoglobinuria tipo Marchiafava-Micheli . . . . . . *pag.* 1721
Ascaridiosi: osservazioni clinico-chirurgiche . . . . . . » 1737
Asma mortale . . . . . . » 1734
Bibliografia . . . . . . » 1728
Calcolosi ureterale: cura conservativa » 1726
Cronaca del movimento corporativo . » 1739
Emicrania oftalmoplegica d' origine traumatica . . . . . . » 1731
Emorragie degli epatici . . . . . . » 1722
Funzionalità epatica e renale: sondaggio . . . . . . » 1733
Giurisprudenza: casistica . . . . . . » 1738
Globuli rossi: colesterina . . . . . . » 1722
Leishmaniosi cutanea osservata in A. O. » 1719
Leishmaniosi interna: ricerche sul sangue . . . . . . » 1732
Malaria quartana: trasmissione . . . . *pag.* 1737
Malaria: terapia . . . . . . » 1733
Malattie mentali: *shock*-terapia . . . . » 1732
Ossicarbonismi ignorati . . . . . . » 1734
Pellagra e sua cura con acido nicotinico . . . . . . » 1734
Pielite gravidica . . . . . . » 1726
Pneumotorace nella tbc. polm.: incidenti: terapia d'urgenza . . . . . . » 1734
Polmonite: cura . . . . . . » 1727
Reni: blocco anestetico del peduncolo » 1725
Roentgenterapia del sistema endocrino-simpatico . . . . . . » 1707
Rosso Congo e sangue . . . . . . » 1725
Splenectomia in varie malattie del sangue . . . . . . » 1725
Tracoma: chemioterapia . . . . . . » 1734
Tubercolosi cutanea: ricerche . . . . . . » 1732

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 2 Ottobre 1939 - XVII Num. 40

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: S. Deleonardi e M. Pellegrini: Meningiti acute da pneumococco tipo III clinicamente primitive.

Terapia: E. Ratti: Su un nuovo razionale diuretico mercuriale.

Osservazioni cliniche: A. Lauro: Rara localizzazione dell'osteomielite acuta primitiva nel calcagno.

Sunti e rassegne: MISCELLANEA: A. Meyer u. Gottesberg: I ronzii d'orecchio. Loro genesi e trattamento. — C. J. Mijnlieff: La clinica dell'annegamento. — A. Castellani e G. Acanfora: Cisticercosi e pseudocisticercosi luetica. — Nonnenbruch: La sindrome epatorenale e la ipostenuria N.

Discussioni importanti: La parte dell'otologo nelle indagini sulle lesioni cerebrali.

Cenni bibliografici.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Colite sinistra emorragica. Guarigione con la vitamina A. — Importanza della tubercolosi nelle fistole anali. — La diagnosi dell'appendicite cronica. — Un caso di ernia retroperitoneale. — Risultati lontani del trattamento delle diverticoliti. — Due casi di stenosi rettale durante dissenterie amebiche gravi. — I danni dell'abuso della dieta idrica nelle malattie diarroiche della prima infanzia. — NOTE DI TECNICA CHIRURGICA: Il progresso di un anno nel campo dell'anestesia. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sui rapporti fra linfogranulomatosi maligna e tubercolosi. — La dottrina delle infezioni focali. — Il metabolismo dell'azoto e dei cloruri dopo iniezioni di siero normale di cavallo.

Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Politica sanitaria e giurisprudenza: G. Selvaggi: Impiegato di laboratorio d'igiene. Competenza.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SIENA
Direttore: prof. E. GREPPI.

Meningiti acute da pneumococco tipo III° clinicamente primitive.

STENIO DELEONARDI, aiuto e docente.
MARIO PELLEGRINI, assistente.

È convinzione generale che negli adulti la meningite da pneumococco in fatto di frequenza e perciò anche d'importanza passi del tutto in seconda linea di fronte alla forma cerebrospinale epidemica: per convincersi di ciò basta consultare qualsiasi trattato di medicina interna dove di solito solo poche righe sono ad essa dedicate.

Naturalmente, parlando di meningite da pneumococco noi ci riferiamo a quella forma che, almeno apparentemente, insorge come primitiva e non è limitata alla sola infanzia ma colpisce tutte le età — e perciò più si presta ad essere confusa colla forma cerebro-spinale epidemica: ciò avviene infatti nella quasi totalità dei casi quando manca un focus primitivo che ne faccia sospettare la natura ed il paziente non venga ricoverato in ambiente ospedaliero particolarmente attrezzato dal punto di vista batteriologico.

In questi due ultimi anni su 16 casi di meningite occorsi alla nostra osservazione ben 5 casi rivelarono come agente eziologico il pneumococco di Fraenkel (tipo III o pneumococcus mucosus), 3 soli casi il meningococco di Weichselbaum: ciò non senza nostra sorpresa in quanto non ci attendevamo una prevalenza così netta della prima sulla seconda delle due malattie ma se mai piuttosto il contrario. È vero che si trattava sempre di forme sporadiche anche per le meningiti da meningococco il che infirma certamente il valore delle nostre cifre dato che sarebbe bastata una sola piccola epidemia della forma epidemica per capovolgere il nostro rilievo.

Scopo di questa nostra esposizione è appunto quello di richiamare l'attenzione sull'impor-

tanza e sulla frequenza della meningite da pneumococco e sulla difficoltà che presenta praticamente la sua differenziazione dalle altre forme di meningite purulenta, in modo particolare dalla forma epidemica. Il che ci sembra di capitale importanza dato che l'indirizzo terapeutico è del tutto diverso a seconda che si tratta dell'una o dell'altra affezione: infatti se il siero specifico antimeningococcico rappresenta un mezzo terapeutico veramente efficace nelle meningiti da meningococco, il suo effetto in quella da pneumococco se non nocivo è del tutto nullo, mentre forse un trattamento chemioterapico precoce ed appropriato, almeno stando alla letteratura recente, potrebbe portare anche a qualche successo.

Ecco in breve la storia dei nostri 5 pazienti.

Caso I. — L. M., di anni 53, casalinga da Siena.

Nulla d'importante nel gentilizio e nei collaterali. Sposata, 6 gravidanze a termine. Menopausa senza disturbi a 51 a. A 16 a. reumatismo articolare acuto. A 36 a. sindrome di « tipo meningeo » (cefalea, ipertermia, rigidità nucale ed iperestesia cutanea con meteorismo, dolori addominali violenti con stipsi alternata a periodi di diarrea) durata circa tre mesi e guarita in seguito a trattamento antinfettivo generico.

Nell'ottobre 1936 sinusite frontale destra per la quale venne sottoposta ad intervento chirurgico e successivamente all'enucleazione dell'occhio destro essendosi manifestata una panoftalmite purulenta.

Dimessa dall'ospedale stette bene fino al 20 febbraio successivo, nel qual giorno la paziente ha cominciato ad accusare cefalea intensa e continua, febbre non molto elevata a tipo intermittente e vomito insistente anche a digiuno, infine due giorni prima del ricovero interviene anche un certo grado di rigidità dolorosa alla nuca. Entra in Clinica il 1° marzo 1937.

All'ingresso la p. è del tutto cosciente e giace nella caratteristica posizione a cane di fucile. Erpes labialis diffuso al mento ed alla guancia destra. Marcata rigidità nucale, Kernig e Brudzinscki positivi. Lingua secca e fuliginosa. All'esame dell'apparato respiratorio segni di bronchite diffusa. Cuore nei limiti, 1° tono impuro alla punta; polso 110-112 piccolo; pressione arteriosa Mx 125, Mn. 80.

Addome pianeggiante quasi a barca con discreta tensione delle pareti muscolari ed iperestesia cutanea.

Riflessi superficiali e profondi piuttosto vivaci.

Una prima puntura lombare subito eseguita dà esito ad un liquor quasi limpido, con Nonne e Boveri positive e 118 elementi per mmc. rappresentati nella quasi totalità da neutrofili. Pressione iniziale 45 cm. di H_2O, terminale (dopo estrazione di 20 cc. di liquor) 34.

Esame delle urine negativo. Globuli bianchi 13 mila 200 dei quali 92 % neutrofili e 8 % linfociti.

Viene subito iniziato un trattamento a base di siero antimeningococcico per via endorachidea associato a Prontosil per via endomuscolare (2 fiale al giorno per la durata di 3 giorni). Ciononostante le condizioni generali della p. andarono via via aggravandosi: febbre oscillante fra 38° e 39°,5 e accentuazione della rigidità nucale fino all'opistotono. Contemporaneamente il liquor diventa schiettamente purulento e la leucocitosi periferica si fa più marcata (17.200). Dopo una settimana incoscienza completa. Il polso si mantiene sui 90-100 battiti al m' e al decimo giorno si arriva all'exitus.

Negli ultimi 5 giorni al prontosil fu sostituito il chinino a forti dosi per via parenterale avendo le prove culturali del liquor dimostrata la presenza del pneumococco.

Reperto autoptico (prof. Lunghetti) 10 marzo 1937.

Encefalite purulenta a focolai disseminati con interessamento completo del nucleo lenticolare (putamen) da ambo i lati. Meningite purulenta della volta e della base. Broncopolmonite ipostatica basilare destra. Tumore spodogeno di milza; degenerazione grassa torbida dei parenchimi. Probabili lesioni infiammatorie dell'ipofisi.

Caso II. — C. A. di anni 18, colono da Monteriggioni.

Nulla negli ascendenti e collaterali.

Morbillo e parotite epidemica nella prima infanzia A. 16 a. paratifo per il quale rimase degente all'Ospedale per circa 3 settimane.

Il 19 gennaio 1938 fu assalito da dolori molto violenti all'orecchio sinistro e contemporaneamente rialzo termico fino a 38°. Venne perciò ricoverato nella locale Clinica otoiatrica con diagnosi di otite acuta. Senonchè il dolore scomparve quasi immediatamente e oggettivamente non fu riscontrato nessun segno di carattere infiammatorio nè a carico dell'orecchio medio nè della mastoide. Tuttavia persisteva la temperatura che si era anzi accentuata fino a raggiungere i 40°. Nel frattempo comparve cefalea e dopo 4 giorni anche un accenno di rigidità nucale, per il qual motivo venne passato nella nostra Clinica il giorno 5 febbraio 1938.

All'ingresso il p. presentava tutta la classica sintomatologia della meningite cerebro-spinale con manifestazioni tossiche marcate. Anche in questo caso si notava una eruzione erpetica diffusa al labbro superiore e al mento.

Nulla all'esame dell'apparato respiratorio e cardiovascolare. Bradicardia spiccata in rapporto al rialzo termico (76 battiti al m', temperatura 39°-40°). Pressione Mx 135, Mn 80.

Muscoli addominali contratti, riflessi superficiali e profondi normali.

La puntura lombare dà esito ad un liquido torbido con 1230 elementi per mmc. Pandy e Boveri positive. Il sedimento puriforme dimostra una netta prevalenza di neutrofili. Pressione iniziale 48 cm. di H_2O.

Presenza di lieve albuminuria. Globuli bianchi 19.375 con una percentuale di 81 neutrofili, 13 linfociti e 6 monociti.

Dato il precedente doloroso otitico il p. viene subito sottoposto ad un trattamento con prontosil (2 fiale al giorno per 5 giorni). Dal secondo giorno essendo stato isolato dalla liquor-cultura un pneumococco venne pure iniettato per via endorachidea e per via endovenosa un siero specifico antipneumococcico ad alto potere antitossico e anti batterico, preparato con ceppi di provenienza locale; inoltre chinino alla dose di 1 gr. al giorno per via endomuscolare. Malgrado ciò

al 10° giorno interviene l'exitus. Il giorno precedente incoscienza, paralisi dell'abducente e fenomeni spinali marcati.

Reperto autoptico (prof. Lunghetti) 16 gennaio 1938.

Meningite purulenta della base, piocefalo con aumento di pressione endocranica. Ependimite purulenta. Modica otite media purulenta sinistra. Iperplasia dell'anello linfatico faringeo. Tracheite muco-purulenta. Polmone da stasi con lieve broncopolmonite ipostatica. Splenite acuta. Peritonite pregressa di probabile natura specifica. Rigonfiamento torbido del fegato, rene da stasi. Notevole iperplasia linfatica dell'intestino tenue con pseudomelanosi delle placche del Payer, colite ulcerosa pregressa. Notevole iperplasia (tubercolare?) delle linfoghiandole mesenteriche.

CASO III. — M. M. d'anni 52, sacerdote da Gaiole.

Nessun precedente nè famigliare nè personale. Il p. afferma di aver sempre goduto ottima salute fino all'attuale malattia.

Il giorno 8 marzo 1938 dopo lunga camminata con abbondante sudorazione insorge improvvisamente, preceduta da brivido, febbre fino a 39° senza nessun altro disturbo particolare: non cefalea, non dolori toracici ne manifestazioni addominali. La febbre persiste nei giorni successivi presentando delle forti oscillazioni: ogni ripresa febbrile era accompagnata sempre da brivido intenso. Nel periodo di iperpiressia stato confusionario e subdelirio. Dopo 10 giorni e precisamente il giorno 18 marzo viene ricoverato in Clinica.

All'ingresso si osserva erpes diffuso in varie fasi di sviluppo, stomatite e tonsillite necroticoemorragica.

Lieve accenno di rigidità nucale con Kernig e Brudzinscki lievemente positivi. Bradicardia relativa (84 battiti al m' temperatura 39°,5). Modico meteorismo addominale.

Riflessi superficiali e profondi presenti, Babinski positivo a destra.

La puntura lombare dà esito a liquor torbido con numerosissimi leucociti e presenza di diplococchi Gram-positivi. Pressione iniziale 47 cm. di H_2O.

Globuli bianchi 24.200: neutrofili 91 % e linfociti 9 %.

Nulla di particolare all'esame delle urine.

Il p. viene sottoposto ad un trattamento a base di siero antipneumococcico per via endorachidea e per via endomuscolare e di chinino nella dose di 0,50 gr. endomuscolari pro-die.

Il giorno seguente viene pure tentato il lavaggio dello speco vertebrale (puntura lombare e contemporanea iniezione endovenosa di 100 cc. di acqua distillata).

Le condizioni generali del paziente andarono tuttavia rapidamente peggiorando e dopo due giorni dall'ingresso viene trasportato a domicilio in condizioni disperate. L'exitus avviene nella stessa giornata.

CASO IV. — B. R. d'anni 16, da Siena

Anamnesi familiare negativa. Morbillo e difterite nell'infanzia, nessuna altra malattia degna di nota.

La p. viene vista il giorno 22 giugno 1938 all'ambulatorio della Clinica otorinolaringoiatrica perchè da alcuni giorni accusava dolori all'orecchio destro. Venne per questo ricoverata in detta Clinica e trattenuta in osservazione per una quindicina di giorni. L'esame dell'orecchio però durante tutto questo periodo risultò costantemente negativo mentre fu riscontrata una notevole ipertrofia tonsillare con segni evidenti di flogosi in atto. Il giorno 5 luglio fu perciò sottoposta a tonsillectomia. Nello stesso giorno brivido intenso e rialzo termico fino a 40°,5. Nei due giorni successivi la temperatura persiste mentre il reperto locale per quello che riguardava la gola e l'orecchio non dimostrava nessun processo flogistico che potesse giustificare il rialzo termico. Soggettivamente la p. accusava solo modica cefalea. Tre giorni dopo l'intervento compare rigidità nucale e viene perciò trasferita nella nostra Clinica con quadro meningitico conclamato.

Rigidità nucale marcata, Brudzinscki e Kernig positivi, riflessi tendinei presenti ma deboli. La p. cosciente accusa cefalea intensissima e a tratti diplopia con strabismo.

La puntura lombare dà esito ad un liquor torbido con pressione superiore ai 60 cm. d'H_2O e numerosissimi neutrofili nel sedimento e presenza di diplococchi Gram-positivi. Si ricorse perciò subito al siero antipneumococcico per via endorachidea ed al chinino per via parenterale.

Globuli bianchi 14.900: Neutrofili 85 %, linfociti 14 % e monociti.

Il giorno seguente la p. viene trasportata a domicilio in condizioni disperate e due giorni dopo si ha l'exitus.

CASO V. — C. A. d'anni 11 da Castellina in Chianti.

Nessun precedente familiare. A 7 a. polmonite lobare. Nell'agosto 1937 otite acuta senza secrezione purulenta guarita in breve tempo.

Nel pomeriggio del giorno 3 gennaio 1938 vomito e lieve cefalea. Il giorno successivo crisi cefalalgica violentissima con accentuazione del vomito e febbre elevata per il qual motivo viene ricoverata in Clinica. Al momento del ricovero presenta un quadro menengitico conclamato, e polmonarmente si rileva alla base di sinistra una discreta ipofonesi con respiro soffiante. Anche in questo caso viene praticata immediatamente la puntura lombare dopo la quale la paziente si tranquillizza e si addormenta. Nelle prime ore del mattino si arriva inaspettatamente all'exitus.

L'esame microscopico del liquor mette in evidenza numerosi granulociti neutrofili e rari diplococchi Gram-positivi.

Reperto autoptico (prof. Lunghetti) 5 gennaio 1938.

Meningite purulenta della base con modico edema ed iperemia della sostanza cerebrale con ipertensione del liquido cerebro-spinale. Broncopolmonite pseudolobare sinistra. Edema e congestione polmonare destra. Fegato da stasi, splenite acuta e risentimento renale. Stasi viscerale.

Come in tutti i casi di meningite purulenta occorsi alla nostra osservazione, il liquor prelevato dai singoli pazienti oltre che essere seminato in brodo, in agar e nel terreno speciale D'Antona-Valensin, che dà uno sviluppo

rigoglioso del meningococco, venne iniettato in topolino.

Mentre i terreni succitati non dimostrarono sviluppo di alcun germe, tutti i topolini vennero a morte in un intervallo di tempo che variava da 48 a 96 ore dall'inoculazione.

Gli strisci di sangue prelevato dal cuore del topolino misero in evidenza dei diplococchi Gram-positivi.

Si procedeva quindi all'isolamento ed al riconoscimento del germe:

1) Il germe isolato si sviluppava rigogliosamente in:

a) agar sangue coniglio dando colonie rotonde, all'inizio lucide ma che nei giorni seguenti diventavano opache e di aspetto rugginoso;

b) brodo Martin in 24 ore con intorbidamento uniforme;

c) brodo T rapidamente con intorbidamento uniforme.

2) Non si sviluppava o solo in modo trascurabile nei comuni terreni di coltura.

3) Lo sviluppo veniva inibito nei terreni alla bile.

4) Il germe non era termoresistente (60° per mezz'ora).

5) Il terreno di Hiss (inulina) coagulato virava rapidamente al rosa.

6) La prova di Neufeld (lisi) era costantemente positiva.

Stabilito così che si trattava con sicurezza di un *pneumococco* si eseguivano le prove di agglutinazione con sieri antipneumococcici dei tipi I, II, III: *la prova di agglutinazione riuscì sempre positiva col siero del tipo III.*

Nessun dubbio perciò che l'agente eziologico della malattia in tutti i nostri casi era rappresentato da un pneumococco del tipo III (pneumococcus mucosus).

Tuttavia nei nostri pazienti la prima diagnosi clinica posta fu quella di probabile meningite cerebro-spinale (epidemica) tanto che nei casi 1°, 2° e 5° alla prima puntura lombare venne senz'altro iniettato il siero antimeningococcico.

È nozione comune infatti che la meningite da pneumococco sia quasi sempre secondaria o ad un focolaio broncopneumonico, nel qual caso la diffusione avviene per via ematogena, oppure a focolai suppurativi localizzati all'orecchio medio, alla mastoide, all'etmoide o ai seni frontali, ciò che nei nostri casi non si è mai verificato chiaramente. È vero che nel caso 1° vi era il precedente di una sinusite frontale seguita da panoftalmia purulenta, ma da questo episodio all'insorgenza della malattia erano trascorsi ben 4 mesi in pieno benessere e a sintomatologia meningitica conclamata non vi era nessun segno che attestasse una riaccensione del primitivo focolaio locale. Nel caso 2° il p. aveva accusato nei giorni precedenti un dolore all'orecchio sinistro ma d'altra parte nessun focolaio flogistico potè essere messo in evidenza in quella sede durante i 15 giorni di degenza nella Clinica otoiatrica, malgrado le ripetute ed accurate ricerche. Nel caso 5° vi era un processo broncopneumonico in atto, ma l'insorgenza di questo sembrava in ordine di tempo, almeno apparentemente, secondaria al processo flogistico meningeo. Nel caso 4° vi era il precedente tonsillare, che però non autorizzava certamente ad attribuire alla flogosi meningea un'origine pneumococcica.

Perciò in tutti i nostri pazienti la diagnosi clinica di meningite primitiva era giustificata e con ciò anche il sospetto che l'agente eziologico fosse rappresentato dal meningococco.

Anche per quello che riguarda la sintomatologia obbiettiva presentata dai nostri pazienti, essa ripeteva in tutti i suoi particolari quella della meningite cerebrospinale epidemica. Solo nel caso 1° mancava la bradicardia relativa, il che però non ha nulla a che vedere coll'agente eziologico responsabile della malattia. Con una certa frequenza abbiamo notato un erpes più o meno diffuso (3 volte su 5), tuttavia per quanto non molto frequente lo si osserva anche nella forma meningococcica (nel 39 % dei casi secondo Gardner Robb). Notevole sempre la leucocitosi periferica: essa variava nei nostri pazienti da un minimo di 13.000 ad un massimo di 24.000 con una netta prevalenza di granulociti neutrofili (secondo Flexner e Barker essa va da 12 a 32 mila elementi nella forma epidemica, secondo la nostra esperienza però in quest'ultima la leucocitosi si mantiene generalmente su cifre più modeste).

Il decorso è sempre stato rapido con aggravamento progressivo senza periodi di remissione: decorso addirittura fulminante abbiamo avuto nel caso 5°.

Anche il liquor sia macroscopicamente che microscopicamente non presentava caratteri particolari, solo a sintomatologia conclamata era leggermente meno torbido di quanto siamo soliti vedere nella forma epidemica.

Nei nostri casi perciò la diagnosi dal punto di vista eziologico non poteva essere posta se non in base all'esame batteriologico del liquor.

Non sempre la semplice colorazione del sedimento del liquor è sufficiente per porre una diagnosi batteriologica. Di fronte alla presenza di diplococchi Gram-negativi intracellulari

possiamo avere quasi la certezza che si tratti di un meningococco: se il germe invece è rappresentato da un diplococco Gram-positivo non possiamo certamente in base a questo unico dato optare per il pneumococco in quanto le sue caratteristiche morfologiche da sole non ci consentono di differenziarlo da vari ceppi di streptococco. Infine molte volte non si riesce a trovare nel sedimento del liquor nessun germe.

Per questo motivo in tutti i casi di meningite purulenta già alla prima estrazione di liquor procediamo subito alla inocoluazione dello stesso in topolino che, se così possiamo esprimerci, rappresenta il terreno di cultura più adatto per il pneumococco. Tuttavia dobbiamo insistere sul fatto che la morte del topolino iniettato col liquor infetto da pneumococco non avviene nelle prime 24 ore come si osserva comunemente coll'espettorato proveniente dal polmonitico, ma più tardi (fino a 96 ore): ciò dipende evidentemente dal fatto che la carica infettante del liquor è inferiore a quella di un espettorato, mentre non possediamo nessun dato di fatto che ci autorizzi ad ammettere una diversa virulenza del germe in rapporto alle sue differenti localizzazioni.

I successivi esami batteriologici e i vari passaggi nei terreni di cultura già menzionati servirono in ogni caso a chiarire la diagnosi esatta di germe.

In tutti i nostri pazienti ripetiamo, l'agente eziologico era rappresentato dal pneumococcus mucosus (tipo III). Ciò è alquanto singolare dato che nella nostra zona non è molto facile ritrovare questo tipo di germe nelle comuni affezioni pneumococciche polmonari: infatti, benchè la nostra Clinica in collaborazione con l'Istituto Vaccinogeno Toscano soglia definire esattamente in buon numero di affezioni pneumococciche il tipo del pneumococco dal quale è sostenuta la malattia, due sole volte abbiamo isolato un pneumococco del tipo III e precisamente in un caso di polmonite franca ed in un caso di empiema in soggetto bronchiettasico. Si direbbe quasi che questo tipo di germe prediliga le localizzazioni extrapolmonari: infatti è noto che esso si ritrova molto facilmente nelle otiti purulente e l'unico caso di endocardite da pneumococco da noi visto in tre anni era dovuto appunto ad un pneumococcus mucosus.

Secondo una recente statistica di Kemkes su 19 casi di meningite pneumococcica osservati nella circoscrizione di Francoforte nello spazio di due anni, venne isolato dal liquor in 4 casi un pneumococco del tipo I, in 3 del tipo II e negli altri 12 casi un pneumococco del tipo IV (nessuna agglutinazione coi sieri del tipo I, II e III).

Secondo Gundel tutte le meningiti provocate dal pneumococco del tipo I e II sarebbero da considerarsi come primitive, la gran maggioranza di quelle da pneumococco del tipo III proverebbero da focolai flogistici localizzati all'orecchio medio e infine quelle da germi del tipo IV insorgerebbero specialmente in seguito a processi broncopneumonici. Ciò è anche confermato da Kemkes tuttavia con qualche eccezione in quanto questo autore avrebbe osservato meningiti primitive anche da germi del tipo IV, specialmente nell'infanzia.

Fra le nostre osservazioni un solo caso sicuramente secondario ad otite media ed uno con focolaio di polmonite in atto che però clinicamente si era manifestato solo a sindrome meningitica conclamata.

L'esito nei nostri pazienti è stato infausto nonostante quelle terapie che oggigiorno possono essere considerate come le più adatte per combattere le varie forme di infezione pneumococcica.

Nullo l'effetto del siero antipneumococcico anche se preparato con ceppi di provenienza locale, fra i quali era compreso il pneumococco di tipo III, e pur somministrato in dose tutt'altro che insufficente. Tuttavia noi pensiamo che questo tipo di terapia debba essere sempre tentato essendo esso, fino a prova contraria, fra tutti i mezzi a nostra disposizione forse il più razionale: infatti non è da escludere che quando si intervenga molto precocemente ne possa sortire qualche successo. L'ideale sarebbe poter disporre di un siero concentrato specifico di gruppo, che però, a differenza di quello che avviene in altri paesi, non è ancora a nostra disposizione.

Nullo pure l'effetto del chinino se si toglie una lieve azione antitermica. Nè migliore successo abbiamo ottenuto servendoci dei *preparati sulfamidici*, malgrado che la letteratura recente porti numerosi esempi di guarigione ottenuta con questi farmaci. Può darsi che le dosi da noi usate (da 2 a 3 g. giornalieri) siano state insufficenti: infatti gli autori americani arrivano progressivamente fino alla dose di 8 gr. *pro die* per via orale (Allan, Mayer e Williams) ed i francesi alla somministrazione orale aggiungono l'iniezione endorachidea (Hubert, Martin).

Non tutti i preparati sulfamidici sarebbero efficaci nel trattamento delle pneumococcie: secondo i francesi in queste forme sarebbe particolarmente indicata la para-amino-fenil-

sulfamide (1162 F, Streptosil italiano) la cui azione antipneumococcica è stata dimostrata da vari autori (Trefouël, Nitti, e Bovet, Heintzelmann, Hadley e Mellan, Cain, Cattan e Sikoray, ecc.

Gli autori inglesi invece raccomandano nelle infezioni pneumococciche l'uso di un prodotto nel quale la funzione sulfamidica trovasi legata ad un radicale piridinico: M e B 693 (2-[p-aminobenzolsulfonamide] piridina): infatti le esperienze di Whitby avrebbero dimostrato un'azione elettiva di questo prodotto sul pneumococco e più particolarmente sulla sua capsula. Anche i risultati clinici ottenuti con questo preparato sarebbero molto incoraggianti sia nella polmonite che in tutte le altre infezioni da pneumococco meningite compresa (Evans e Gaisford, Dyke e Reid, Flippin e Pepper, Robertson, Telling e Oliver, ecc.).

Dobbiamo però ricordare che in molti casi di guarigione riportati dai succitati autori vi era un focolaio suppurativo localizzato all'orecchio medio o ai seni frontali e perciò alla terapia medica era stata associata quella chirurgica con intervento demolitore. E a ciò dobbiamo forse attribuire almeno in parte i successi da loro riportati, dato che la soppressione del focus primitivo non poche volte acquista valore decisivo nella risoluzione di altri focolai da esso provocati e sostenuti. Ciò nei nostri pazienti non potè essere mai attuato in quanto tutte le nostre ricerche per mettere in evidenza un eventuale focus primitivo diedero sempre risultato negativo.

Da quanto sopra possiamo concludere:

1) I casi *sporadici* di meningite da pneumococco nella nostra zona superano in frequenza nettamente quelli da meningococco (sempre naturalmente presentatisi in forma sporadica).

2) La meningite pneumococcica può manifestarsi clinicamente come primitiva in ogni epoca della vita.

3) La diagnosi differenziale fra le due forme è clinicamente pressochè impossibile: solo un esame batteriologico completo del liquor ci consente di identificare con sicurezza la natura dell'agente eziologico.

4) La prognosi che comporta la meningite da pneumococco è molto severa: infausta nella totalità dei nostri casi.

5) Per quello che riguarda la terapia noi pensiamo che sia opportuno insistere da una parte con sieri specifici per il tipo del germe, dall'altra con preparati sulfamidici per os e per via endorachidea, dando fra questi la preferenza alla para-amino-fenil-sulfamide (1162 F, Streptosil) oppure a quelli nei quali la funzione sulfamidica trovasi legata ad un radicale piridinico (2-[p-aminobenzolsulfonamide] piridina: M & B 693, Tioseptale, Piridin, Derganil, ecc.).

BIBLIOGRAFIA.

ALLAN, MAYER e WILLIAMS. *Pneumococcus meningitis with recovery*. Am. Journ. Med. Sc., 196, 1938.

DYKE S. C. *Pneumococcal septicaemia treated with M. & B. 693*. Lancet, II, 1938.

DYKE e REID. *Treatment of lobar pneumonia with M. & B. 693*. Lancet, II, 1938.

ID. ID. *Pneumococcal meningitis. Treated with M. & B. 693: recovery* Lancet, II, 1938.

EVANS e GAISFORD. Lancet, II, 1938.

FLEXNER e BARKER. Citati da Hutinel e Voisin in *Malattie delle meningi*. U.T.E.T., 1914.

GARDNER ROBB. come sopra.

GUNDEL M. Zeitschr. Hyg. 155, 1933.

HUBERT C. *Traitament des ménengits post-otiliques a streptocoques et a pneumococcus mucosus*. Presse Méd. 39, 1938.

KEMKES K. *Zur Typenverteilung der exstrapulmonalen Pneumokokkenerkrankungen*. Klin. Woch. 46, 1937.

MARTIN. R. Presse Méd. 31, 1938.

PLIPPIN e PEPPER. *The use of 2-(p-amino-benzene-sulphon-amido) pyridine in the treatment of pneumonia*. Amer. Journ. Med. Sc., 196, 1938.

WHITHY. *Chemiotherapy of pneumococcal and other infections with 2-(p-amino-benzène-sulphon-amido) pyridine*. Lancet, I, 1938.

TERAPIA

ISTITUTI OSPITALIERI DI MILANO.

Su un nuovo razionale diuretico mercuriale.

Dott. EDOARDO RATTI, assistente
Specialista Pediatria,
Tisiologia e Malattie App. Respiratorio

Argomento di viva attualità è quello del trattamento degli stati idropinici inteso nel senso più lato dell'ampia gamma delle loro più disparate manifestazioni, dal semplice edema pretibiale alla idropascite, dall'idrotorace all'anasarca, e così via. Naturalmente che la terapia fondamentale dovrà essere anzitutto causale e il più specifica, siccome quella che, provvedendo alla rimozione della causa patogena, impedisce in un primo tempo l'ulteriore accumulo di acqua nei tessuti per eccitarne l'evacuazione e l'assorbimento totale col primitivo ripristino dell'organo leso. Comunque, a prescindere da questa terapia fondamentale e diretta della causa morbigena di un determinato organo (cuore, rene, fegato, ecc.) qualora lo stato di idropisia dei tessuti abbia raggiunto una determinata soglia, la questio-

ne di specificità o meno del trattamento verso ogni singolo tipo di edema può talora passare in secondo piano, sempre però entro determinate proporzioni e tenuto conto di tutte le discriminanti dettate dalle vere peculiarità di ogni singolo caso. In altri termini occorrerà talora ricorrere più ad una cura sintomatica che alla cura specifica e causale e questo allorquando l'entità del processo edematigeno o la sua rapidità d'invasione vengano ad arrecare una pericolosa offesa alle funzioni principali dell'economia generale dell'organismo. D'altronde nella stessa formazione dell'edema vi è un quid in comune con tutte le cause di ritenzione acquosa e se il primum movens può essere diverso quando la causa risieda nello scompenso della funzione cardiaca piuttosto che di quella linfatica o renale e se tuttora non esista una sola spiegazione patogenetica per ciascuna di quelle fonti, pur tuttavia esiste il dato di fatto che in primo tempo nel periodo del cosidetto preedema si avrebbe un accumulo intracellulare di acqua (Huelse) e soltanto in un secondo tempo, procedendo oltre il processo, dopo l'imbibizione degli elementi cellulari, anche la sostanza fondamentale, le fibre collagene ed elastiche prenderebbero parte attiva al processo di alterazione colloide dei liquidi (con aumento della loro pressione di turgore); quale reazione istologica di tale attività sarebbe la degenerazione fibrinogena (Lubarch) cui spesso si unisce metacromasia, cospicui ispessimenti e tortuosità della fibra ove è venuta la sensibile e ripetuta trasudazione edematica. Questo il punto in comune fra i diversi tipi di edema; che poi la causa della ritenzione acquosa debbasi ricercare in alterazioni della permeabilità vasale (Conheim, Senator, Ascoli, Valchoid) o in modificazioni cliniche o fisiche e colloido-chimiche dei tessuti (Ambar, Martin, Fischer) o in una diminuzione della pressione oncotica nel plasma sanguigno che provoca una rottura dell'equilibrio tra liquido che trasuda all'esterno dei capillari e liquido dei tessuti che viene riassorbito per opera della ipoonkia del plasma (Schiade e Clausen) o in una più semplice causa meccanica sostenuta dalla impedita circolazione vasale: che la causa, dico, debbasi ricercare in una spiegazione piuttosto che in altra, quando si sia giunti a certi quadri morbosi; è un elemento questo che può assumere importanza secondaria di fronte al sintomo che più preoccupa e che è il continuo allagamento dei tessuti. Perchè, ripeto, attendere di combattere la causa specifica significa perdere un tempo prezioso poichè allo stato attuale delle nostre conoscenze del solo scompenso cardiaco è possibile indicare con precisione i vari elementi genetici: fattori meccanici (aumento della pressione nelle vene e nei capillari, rallentamento della corrente e aumentata permeabilità dei capillari stessi, diminuita tensione dei tessuti) e fattori fisico-chimici che interessano i colloidi dei tessuti e quelli del sangue, sovratutto nel riguardo della pressione oncotica, vale a dire del potere di imbibizione (Ziegler, Effinger, Fischer, Schiade). Cosicchè, quando il quadro è grave e la situazione si fa pericolosa, urge intervenire immediatamente anche con mezzi aspecifici per interrompere il continuo afflusso e per aprire le valvole di scarico. Ed è in tali gravi condizioni che più ci occorre avere a portata di mano un presidio altrettanto attivo e sicuro quanto il più innocuo possibile nei confronti di organi già normalmente molto sensibili nelle loro complesse funzioni e attualmente più o meno lesi nella loro delicatissima compagine: uno di questi è appunto per esperimentata esperienza l'Esidron.

L'Esidron, sale sodico dell'acido teofillinmercuri-monossi-propilamide-chinolinico contiene nella soluzione al 10 % il 31,2 % di combinazione mercurica legata chimicamente al 4 % di teofillina.

Esso già sperimentalmente ha dimostrato forti proprietà diuretiche poichè Uhlmann nei cani, nei conigli, nei topi ha ottenuto un aumento della scarica diuretica persino del 200 per cento. Con l'aumento della diuresi si rileva pure una sensibile eliminazione di cloruro sodico che attinge anche i 40-50 grammi nelle 24 ore successive alle iniezioni. Il modo di somministrazione di questo recentissimo preparato è di preferenza la via endovenosa con dosi da cc. 0,5 fino a cc. 2, le quali dovranno distanziarsi una dall'altra di 3 o 4 giorni. Già dopo la prima ora sono avvertibili gli effetti poichè si osserva spesso un flusso persino di un litro e un maggior scarico si ha verso la quinta o sesta ora per durare fino a 16-18 ore. Da ricerca sperimentale risulta che il componente mercuriale si elimina nella maggior parte per il rene, assai meno per l'intestino. Già nel corso delle prime 2 ore il 59 % di sale mercurico è eliminato dall'organismo. Da qualche autore è stato descritto qualche disturbo subiettivo in seguito all'iniezione endovenosa (cefalea, spossatezza, parestesia); noi pertanto non abbiamo mai osservato alcun disturbo neppure passeggero su circa una trentina di casi, talora assai gravi, trattati con iniezioni di 2 cc.

E nessuna offesa è stata mai portata nè al fegato nè al rene, malgrado che in più di un caso si trattasse di forme cliniche in cui lo

stato della cellula epatica non fosse certamente integro ma fortemente alterato come nei casi di cirrosi atrofiche banali. Ed è appunto in queste singolari proprietà specifiche caratteristiche dell'Esidron che risiede secondo la nostra esperienza la grande superiorità sui consimili altri preparati mercuriali già in uso. È sopratutto la grande sicurezza nella sua assoluta innocuità il pregio principale del rimedio, sicurezza che insieme alla spiccata attività ne raccomanda la scelta.

Da una trentina di casi da noi trattati stralciamo i seguenti esempi clinici.

B. R., di anni 30, muratore. Gentilizio privo di qualche importanza. A 18 anni lues. Non bevitore, modico fumatore. Alcuni mesi fa in apparente piena salute avverte la tinta lievemente itterica, nessun altro segno funzionale salvo lieve dolenzia al fegato. Da qualche settimana cominciano disturbi dispeptici, digestioni laboriose, diarrea. Praticata una dieta opportuna non ne riceve alcun beneficio ed anzi dopo qualche tempo compare tumore di milza e sensibile tumefazione del ventre che va man mano aumentando. Viene pertanto ricoverato in ospedale.

Individuo in condizioni di nutrizione scadenti. Colorito subitterico delle sclere e della cute. Sistema linfatico superficiale indifferente. Negativo l'esame respiratorio anche alla radioscopia. Al cuore lieve rumore di soffio dolce, sistolico alla punta, a carattere accidentale.

Polso normale 65; pressione 115-70; temperatura 36°,8. Addome tumido duro, spiccata rete venosa superficiale collaterale.

Suono timpanico in alto, ottuso nelle fosse iliache con caratteri di mobilità in movimenti di lateralità.

Ottusità epatica dalla V costa fino a un dito trasverso al di sotto dell'ombelicale. Orina 300 cc.: densità 1028; non albumina; non zucchero, bensì urobilina abbondante, bilina e pigmenti biliari scarsi.

Cloruri grammi 4,2; azotemia 0,40 ‰; bilirubina nel sangue presente a reazione diretta non molto superiore alla norma.

Wassermann positiva; feci un po' scolorite.

Trattasi di una cirrosi splenomegalica del fegato di natura probabilmente sifilitica. Viene pertanto sottoposto con ogni prudenza a una cura antiluetica a base di Neosalvarsan, ma se questa riesce a migliorare sensibilmente lo stato generale, pur tuttavia invariate restano le condizioni epatospleniche e sopratutto la diuresi è sempre deficiente.

Gli è che il processo cirrotico è qui assai vecchio e perciò l'influenza della cura specifica non può essere che parziale e lenta.

Pertanto volendo aumentare la diuresi e di conseguenza migliorare tutto il circolo portale si pratica subito con ogni riguardo una iniezione di 1 cc. di Esidron endovenosa. Contrariamente al temuto l'ammalato non avverte alcun disturbo e la diuresi aumenta prontamente. Una seconda ed una terza iniezione a 7 giorni di intervallo provocano un flusso che attinge 3000 e 3500 cc. di orina nelle 24 ore con densità 1038-1020 e cloruri grammi 10 %. La diuresi dopo la terza iniezione si mantiene spontaneamente sui 1000-1200 cc. al giorno e ben presto ogni disturbo gastroenterico cessa, mentre scompaiono pure la urobilina e i pigmenti biliari nelle orine e l'addome diviene più trattabile e privo di ogni segno di raccolta liquida. Quasi invariati però insistono i visceri ipocondriaci, troppo a lungo colpiti dal processo luetico.

L'ammalato però può ora riprendere le sue occupazioni purchè si abbia ogni riguardo dietetico e pratichi una adeguata cura antiluetica periodicamente.

G. L., di anni 35, manovale, coniugato, gentilizio e anamnesi lontana negativi. Non bevitore, medio fumatore, da qualche mese senso di malessere, di tensione e di peso addominale, specialmente dopo i pasti qualche movimento febbrile, i disturbi vanno aumentando finchè compare ittero e si accentua la emaciazione e la febbre. Al ricovero l'ammalato presenta denutrizione e ittero manifesto.

L'esame dell'apparato polmonare e cardiaco è negativo, pressione 95-60, addome teso con ottusità alle regioni inguinali; mobile in movimenti di lateralità. Reticolo venoso collaterale superficiale diffuso. Il fegato arriva a un dito dall'ombelicale; superficie liscia e margine duro, dolente alla pressione.

La milza arriva sotto l'arcata costale, a margine duro, liscio e dolente.

Orine 500 cc. al giorno, densità 1024; albumina e zucchero assenti; urobilina e pigmenti biliari presenti; emoglobina 78,5; globuli rossi 3.400.000; valore globulare uguale a 1; globuli b. 17.000.

Resistenza globulare media 0,35; minima 0,48.

Bilirubina nel sangue a reazione diretta 1 : 55 mila. Wassermann positiva; feci scolorate con reazione della bilina 1 : 2000. Si tratta dunque di una epatosplenomegalia con ittero e ascite. La cura infatti prontamente istituita con Neosalvarsan ha subito troncato la febbre e sensibilmente migliorato lo stato generale. Persino la crasi sanguigna dopo un mese di cura era notevolmente migliorata, e soltanto residuavano invariate le condizioni addominali per cui, nell'intervallo da una serie all'altra di arsenobenzoli, si è voluto provare una breve serie di iniezioni endovenose di Esidron.

Vengono infatti praticate a distanza di una settimana l'una dall'altra tre iniezioni di 1 cc. di Esidron con ogni cautela imposta dal caso. La diuresi infatti, salvo le forti scariche immediate all'iniezione, si porta progressivamente quasi alla norma. Una quarta, dopo 10 giorni dalla terza, stabilizza definitivamente il flusso urinario a 1200 cc. al giorno con densità 1018. Le urine sono ora completamente normali, l'ittero è scomparso, le feci sono più colorate e pure scomparsi i disturbi gastroenterici per cui l'ammalato riacquista un sano appetito, è aumentato di Kg. 6 in un mese.

G. B., di anni 35, agente daziario, celibe. Gentilizio e anamnesi negativi. Nega lue e malattie veneree. Buon bevitore. Malaria 4 anni fa guarita male perchè residuano di tanto in tanto piccoli periodi febbrili caratteristici. Sei mesi fa l'ammalato incomincia ad avvertire senso di astenia, anoressia, peso allo stomaco dopo i pasti e alternative di diarree e stitichezza: contemporaneamente le orine diventano color marsala.

Il senso di tensione al ventre aumenta di più

e l'addome diviene tumido, una tinta itterica invade la sclere e lo stato di nutrizione decade rapidamente.

In tali condizioni viene ricoverato.

Condizioni generali scadenti; tinta terreo-giallognola; negativi gli esami dell'apparato respiratorio e cardiaco; polso valido, ritmico, 80 al minuto; pressione 125-80.

L'addome è tumido, svasato, con rete venosa superficiale collaterale evidente e cicatrice ombelicale pianeggiante. Chiari segni di raccolta liquida nell'addome, il fegato e la milza non si palpano; edemi agli arti inferiori.

Esame del sangue: emoglobina 75; globuli rossi 4.700.000; globuli bianchi 7600; valore globulare 0,80; resistenza globulare minima 0,48; media 0,36; bilirubina reazione diretta 1 : 40.000.

Wasserman negativa. Trattasi di una volgare cirrosi epatica insorta in soggetto malarico. Si pratica una paracentesi di 11 litri. L'area del fegato non deborda dall'arcata costale in basso mentre l'area splenica giunge a due dita sotto l'arcata costale con margine del viscere liscio e duro. Urine scarse cc. 800 al giorno. Densità 1028; reazione acida; albumina e glucosio assenti. Urobilina presente; pigmenti biliari assenti.

Dopo la paracentesi le condizioni cardiaco-respiratorie migliorano ma persistendo la scarsezza della diuresi riprende l'affanno.

Si decide allora di aumentare la diuresi con iniezioni di Esidron.

Subito il flusso aumenta giungendo nelle 24 ore a 3.800 cc. Ripetuta l'iniezione dopo 4 giorni si ottiene l'altra scarica di 3.800 cc. e dopo la terza iniezione il flusso si stabilizza sui 1.200 cc. con densità 1.020, albumina e zucchero assenti, urobilina assente.

La diuresi si mantiene ora regolare col semplice aiuto di una semplice dieta.

G. B., di anni 45, celibe, impiegato.

L'ammalato è un vecchio cardiopatico e in questi ultimi giorni il quadro di scompenso si è manifestato e gli impedisce ogni lavoro per cui viene ricoverato in ospedale.

All'entrata presenta cianosi al viso, dispnea accentuata che obbliga il paziente seduto, respiro 28 superficiale, polso 90, piccolo, sfuggente, aritmico. Tosse stizzosa. All'esame polmonare si rileva una bronchite diffusa.

All'esame del cuore l'itto nel V spazio un dito all'esterno dell'emiclaveare. L'area deborda verso sinistra di circa due centimetri: all'ascoltazione toni deboli, aritmici, primo tono alla punta seguito da un rumore di soffio, pressione 115-65. L'addome è teso, dolorosa la regione del fegato che alla percussione arriva a tre dita sotto l'arcata.

Edemi agli arti inferiori

Urine 500 cc. al giorno, densità 1026, albumina tracce indosabili, azotemia 0,55 per mille.

Alla radioscopia l'ombra cardiaca è notevolmente aumentata nel diametro trasverso col bordo assai sfumato, quasi trasparente.

Trattasi di un caso di insufficienza cardio-circolatoria dovuta ad una miocardite in fase subacuta.

Si inizia un ristretto regime dietetico e una cura cardiotonica di Coramina, che all'azione tonica sul circolo unisce il pregio di stimolare la funzione respiratoria (Ratti); dopo 10 giorni si hanno i primi effetti con notevole miglioramento delle condizioni cardio respiratorie.

Soltanto la diuresi è sempre scarsa cosicchè si decide di praticare una iniezione di Esidron che dà i seguenti risultati: dopo un'ora 500 cc. 1222 densità cl. 6 %; dopo 2 ore 600 cc. 1020 densità cl. 5 %; dopo 3 ore 1000 cc. 1020 densità cl. 5 %; dopo 5 ore 800 cc. 1018 densità cl. 6 %; dopo 6 ore 800 cc. 1018 densità cl. 6 %; dopo 12 ore 1400 cc. 1020; dopo 24 ore 1800. Totale delle 24 ore 6.900.

A tal punto si sospendono le iniezioni di Coramina mentre il miglioramento continua sia pure lentamente.

Comunque si ripete l'iniezione di Esidron che produce una diuresi di 3.500 cc. in 24 ore e dopo tre giorni altra iniezione di 2 cc. che libera del tutto l'ammalato con una diuresi di 7200 cc. in 24 ore e ristabilisce un ritmo di 1000 cc. nei giorni successivi.

A. R., di anni 47, nubile, giornalaia.

Gentilizio e anamnesi negativa. Confessa cronico alcoolismo per cui soffre di disturbi gastrointestinali, aggravatisi i quali, in questa ultima settimana si fa ricoverare. All'entrata la donna si presenta in condizioni scadenti, tinta itterica diffusa, negativi gli esami cardio-respiratori, polso aritmico 80, apiretica.

L'addome è espanso, tumido, tipo batraciano, con rete venosa superficiale marcata a tipo di derivazione collaterale.

Liquido libero nettamente accertabile nell'addome con senso di fiotto.

Non si delimita l'area del fegato mentre è aumentata quella splenica.

Urine 500 cc. al giorno, densità 1026, albumina e zucchero assenti, urobilina presente.

Edemi agli arti inferiori.

Si tratta evidentemente di una cirrosi atrofica in periodo ascitico.

Essendo piuttosto sensibili l'affanno e il cardiopalmo causati dalla grande massa liquida dell'addome si procede alla paracentesi.

Si estraggono così otto litri di liquido con carattere di trasudato.

Dopo questa paracentesi migliorano le funzioni cardio-respiratorie ma non si avverte alcun accenno all'aumento della diuresi malgrado i soliti diuretici purinici largamente somministrati.

Intanto si nota nuovamente rapida formazione dell'ascite. Si procede allora alla iniezione endovenosa di 1 cc. di Esidron che porta subito un gran beneficio alla paziente provocando un flusso diuretico di 2400 cc. con densità 1018.

Si ripete l'iniezione ancora due volte a distanza di 5 giorni l'una dall'altra fino alla stabilizzazione della diuresi sui 1500 cc. di urina giornaliera con densità 1016 e completa assenza di urobilina e pigmenti biliari.

Anche la tinta itterica è scomparsa e l'ammalata ha ripreso a digerire bene e quindi a nutrirsi più abbondantemente sempre però nei limiti di una rigorosa dieta fondamentalmente lattea e vegetariana.

C. A., di anni 40, celibe, muratore.

Nessuna malattia fino a 14 anni, indi reumatismo articolare acuto che si ripete a 30 anni.

Lo scorso anno nuovo episodio di reumatismo che cedette dopo una decina di giorni di intense cure saliciliche. Permase però febbricola per circa un mese per cui si fa ricoverare in ospedale.

All'entrata l'ammalato presenta cianosi al viso, dispnea, accentuantesi al minimo sforzo, tossicoloso con catarro, temperatura 37°,2.

L'esame polmonare rileva bronchite catarrale diffusa, l'esame del cuore rivela aumento dell'area di due dita in senso trasversale, l'itto è sull'emiclaveare: alla palpazione fremito sistolico alla punta mentre l'ascoltazione mette in evidenza un rumore debole che sostituisce in gran parte il primo tono.

Polso 80, piccolo, con qualche aritmia, pressione 135-65. Addome tumido, svasato con accenno al reticolo collaterale, dolente l'ipocondrio destro dove il fegato si palpa a due dita sotto l'arcata costale.

Modica ottusità mobile alla regione inferiore. Non si palpa la milza.

Edemi agli arti inferiori.

Le orine hanno i caratteri tipici della stasi, 300 cc. al giorno, densità 1028, albumina uno per mille con qualche frammento di cilindro ialino.

Trattasi di insufficienza mitralica in periodo di scompenso con idropascite.

Pertanto viene subito iniziata per i fenomeni di scompenso una adeguata cura cardiotonica a base di Coramina.

L'ammalato beneficia presto della cura specie nel respiro e nel cardiopalmo, persiste però l'idropascite essendo il flusso urinario tuttora scarsissimo.

Si decide perciò di praticare subito una iniezione di Esidron per via endovenosa di 1 cc.

La diuresi provocata ha presentato le seguenti proporzioni: dopo un'ora 400 cc. 1020 densità cl. 6 %; dopo 2 ore 600 cc. 1018 densità cl. 8 %; dopo 3 ore 700 cc. 1016 densità cl. 8 %; dopo 4 ore 800 cc. 1016 densità cl. 8 %; dopo 5 ore 600 cc. 1018 densità cl. 8 %; dopo 6 ore 650 cc. 1018 densità cl. 8 %; dopo 12 ore 1800 cc. 1016 densità cl. 7 %; dopo 24 ore 2300 cc. 1016 densità cl. 7 %. Totale delle 24 ore 7850.

L'esame dell'orina rileva che l'albumina è ridotta a un semplice velo e i cilindri del tutto scomparsi. Dopo 3 giorni altra iniezione endovenosa di 1 cc. di Esidron con una diuresi di 5200 cc. nelle 24 ore. La diuresi si mantiene nei giorni successivi sui 1200 cc. e l'ammalato si sente notevolmente meglio.

Sono scomparsi del tutto l'idropascite, la dispnea, il cardiopalmo e l'area cardiaca si è notevolmente ridotta.

A. P., di anni 46, cameriere, coniugato.

Nulla di notevole al gentilizio. A 26 anni un primo attacco di reumatismo articolare acuto che si è ripetuto altre due volte.

Un mese fa nuova ricaduta per cui si fa ricoverare in ospedale. All'entrata l'ammalato presenta cianosi al viso e dispnea, temperatura 37°,2, polso 80, pressione 135-100.

L'esame polmonare rileva qualche fatto bronchiale alle basi, l'esame del cuore dimostra l'area ingrandita in senso trasversale, l'itto nel 5° spazio sull'emiclaveare, all'ascoltazione rumore presistolico alla punta. L'addome rivela l'aumento di volume con accenno al reticolo collaterale.

Aumento del fegato che giunge a un dito sotto l'arco costale; edemi agli arti inferiori.

Urine 500 cc. al giorno, densità 1026, albumina e zucchero assenti, cloruri 5,5 per mille, azotemia 1,4 per mille. Si fa diagnosi pertanto di stenosi mitralica in periodo di scompenso con edemi diffusi.

L'ammalato viene posto a stretto regime dietetico e a cura cardiocinetica a base di Coramina.

In capo a 20 giorni l'ammalato è sensibilmente migliorato, soltanto la diuresi non accenna ad aumentare malgrado la copiosa somministrazione di diuretici purinici.

Si pratica allora una prima iniezione di Esidron di 1 cc. endovenoso

La proporzione della diuresi è la seguente: dopo un'ora cc. 1350 densità 1018 cl. 5 %; dopo 2 ore cc. 400 densità 1016 cl. 6 %; dopo 3 ore cc. 800 densità 1014 cl. 8 %; dopo 4 ore cc. 800 densità 1014 cl. 10 %; dopo 5 ore cc. 600 densità 1014 cl. 10 %; dopo 6 ore cc. 600 densità 1014 cl. 10 %; dopo 12 ore cc. 800 densità 1014 cl. 10 %. Totale cc. 5350.

Protratta la cura ancora per altri 10 giorni a dose dimezzata (1 cc. di Coramina) ed altre 2 iniezioni di Esidron per via endovenosa l'ammalato viene dimesso perfettamente ristabilito sia nelle condizioni subiettive che nel quadro obbiettivo con una diuresi giornaliera di 1400 cc.

L. C., di anni 56, coniugato, forte bevitore e forte mangiatore. Stette sempre bene fino al mese scorso quando soverchiamente dispnoico e disurico si fa ricoverare in ospedale.

L'esame obiettivo rileva sopratutto un individuo pletorico; uno stato di polisarcia con idropeascite.

In tali condizioni l'ammalato è costretto a riposo assoluto con respiro superficiale e tachipnea. Sull'ambito polmonare si ascoltano rantoli sparsi specie alle basi e grosse bolle.

L'esame del cuore è assai difficile per lo stato di enfisema che ricopre l'area cardiaca.

I toni sono deboli e lontani: qualche aritmia. Polso pieno, 80 al minuto.

Pressione massima 190, minima 125. Addome fortemente teso, ipofonesi alle regioni basse, rete venosa superficiale evidente.

Urina scarsa 300-400 cc. al giorno, densità 1028, reazione acida, albumina e zucchero assenti.

Trattasi evidentemente di miocardite in periodo di scompenso in individuo polisarcico. La polisarcia e la miocardia hanno provocato disturbi circolatori che aumentando sono sbocciati in un quadro classico di insufficienza cardiovascolare.

L'ammalato viene sottoposto ad una cura energica cardiotonica a base di Coramina e di Digifolina. Il miglioramento cardiaco è notevole già dopo i primi giorni, il respiro è più facile, la cianosi è diminuita, i toni cardiaci più evidenti e meno aritmici, soltanto la diuresi è inalterata.

Si procede allora ad una iniezione di Esidron per via endovenosa.

Essa produce subito un buon aumento del flusso diuretico.

Dopo un'ora cc. 400 densità 1018 cl. 4 %; dopo 2 ore cc. 700 densità 1014 cl. 5 %; dopo 3 ore cc. 800 densità 1014 cl. 5 %; dopo 4 ore cc. 800 densità 1016 cl. 6 %; dopo 5 ore cc. 600 densità 1016 cl. 8 %; dopo 6 ore cc. 800 densità 1015 cl. 8 %; dopo 12 ore cc. 700 densità 1016 cl. 8 %. Totale cc. 4800.

A distanza di 3 giorni l'una dall'altra vengono ripetute altre 3 iniezioni endovenose fino ad ottenere un regolare flusso urinario che in capo ad una quindicina di giorni si stabilizza sui 1500 cc. sulle 24 ore coi caratteri seguenti.

Densità 1012, reazione acida, albumina e zucchero assenti, pigmenti biliari assenti, urobilina assente, cloruri 10 %.

Il polso è regolare, meno teso, scomparsa ogni aritmia. I toni del cuore più validi ed aritmici, il respiro più ampio, più profondo, mentre l'addome è meno teso, più trattabile ed è scomparsa la rete venosa collaterale.

L'ammalato può lasciare l'ospedale ristabilito. Nel frattempo l'opportuna cura dietetica e la diuresi normalizzata con l'Esidron hanno ridotto il peso a 88 kg. dai 102 iniziali.

Dalla rapida scorsa delle storie cliniche dei casi trattati risulta chiaro come sia pronta l'azione del farmaco Esidron e di quale ricchezza in principio attivo esso sia dotato insieme alla assoluta innocuità. Conviene ora considerare quale sia il suo campo di azione più proficuo.

Nel nostro materiale casistico compaiono le più disparate manifestazioni cliniche, dal semplice anasarca, sostenuto da una costituzione polisarcica, all'ascite sostenuta da una cirrosi splenomegalica di probabile natura sifilitica, da un banale scompenso del cuore destro con edemi generalizzati al più grave stato ascitico della cirrosi cronica tipo Morgagni, dal grave quadro dello scompenso circolatorio della cronica miocardite alla epatosplenomegalia febbrile malarica con ascite. Ebbene in tutti questi casi assai delicati e difficili a trattarsi convenientemente per le precarie condizioni sia dell'economia generale che dell'organo principalmente leso, il diuretico studiato ha dimostrato le sue peculiari proprietà venendo a capo e risolvendo situazioni molto pericolose, sempre apportando però il più pronto e ampio ausilio alla funzione diuretica.

Pertanto per concludere e volendo precisare le più nette indicazioni dell'Esidron, dalla nostra personale esperienza ci sentiamo autorizzati ad indicare in tutti gli stati di scompenso cardiocircolatorio sostenuti da lesioni anche gravi e diffuse datanti da lungo tempo come nel caso appunto delle croniche miocarditi, ed a maggior ragione quando occorre intervenire con diuretici per l'insufficiente reazione alla digitale e alla Coramina nei più semplici casi di scompenso del cuore destro sostenuti da vizi valvolari.

Pure largo impiego troverà l'Esidron negli stati ascitici nei vari tipi di cirrosi epatica sia essa atrofica o epatomegalica, sia essa di natura volgare che di origine leutica o malarica.

Pure ottimo risultato abbiamo ottenuto nel quadro di anasarca da polisarcia.

Meno sicuri effetti a detta di alcuni Autori (Komant, Kossler) si ottengono nelle affezioni idropigene sostenute da causa renale.

Secondo Komant queste affezioni, se di natura infiammatoria, siano esse acute o croniche, costituiscono appunto le principali controindicazioni dell'Esidron, mentre invece le forme degenerative nefrotiche non costituirebbero affatto controindicazione alcuna.

Di queste ultime non abbiamo personale esperienza ma è certo che, considerato il meccanismo di formazione della raccolta liquida nell'organismo che si avvera in queste manifestazioni morbose, l'uso dell'Esidron quando venga applicato con cautela e prudenza, lungi da essere nocivo non potrà che riuscire di pieno vantaggio.

RIASSUNTO.

L'A. ha esperimentato un nuovo razionale diuretico mercuriale su vasta scala: ne riporto dettagliatamente i protocolli di otto casi in cui i brillanti risultati terapeutici sono chiaramente esposti.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
E TERAPIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. N. LEOTTA.

Rara localizzazione dell'osteomielite acuta primitiva nel calcagno.

Dott. ARMANDO LAURO.

Per quanto da studiosi di tutti i paesi e di tutte le epoche, assai di frequente sia stata osservata la osteomielite acuta, pure il suo studio rimane di interesse fondamentale per le molte incertezze che ancora oggi esistono nel campo della patogenesi, e, soprattutto, della terapia di questa forma morbosa.

Praticamente si è soliti distinguere la osteomielite ematogena primitiva dalla osteomielite da propagazione o secondaria. Tale distinzione ha maggiore importanza in quanto la prima si manifesta sempre in ben determinate sedi in rapporto con la funzione fisiologica delle ossa; la seconda invece può avere le più varie localizzazioni in rapporto con la sede del processo suppurativo primitivo. Pur essendo il quadro anatomo-patologico e la cura uguali in entrambe le forme, io intendo qui riferirmi alla osteomielite ematogena primitiva della quale ho avuto occasione di osservare un caso a localizzazione rara nella Clinica chirurgica di Palermo.

S. A., di anni 14, calzolaio, da Poggio Reale (Trapani). Nulla di particolare menzione nel gentilizio.

In epoca remota l'infermo ha sofferto di malattie esantematiche non ben precisate e successivamente di scabbia.

Due mesi prima dell'ingresso in clinica (3 novembre 1938) l'infermo quasi improvvisamente senza cause apprezzabili, ha avvertito vivo dolore alla regione calcaneare destra, che dopo qualche giorno divenne sede di una tumefazione di discreto volume, ricoperta da cute arrossata, edematosa e notevolmente dolente alla palpazione. Essendo anche sopravvenuta temperatura febbrile l'infermo, dopo alcuni giorni di degenza a letto nel proprio domicilio, si è recato in ospedale.

Qui un sanitario ha praticato una incisione lungo il margine del tendine di Achille, che, negativa in un primo tempo, ha dato esito a notevole quantità di pus dopo due giorni. I disturbi soggettivi, ciò nonostante, sono rimasti invariati, come pure persistente è stata la temperatura, a tipo nettamente remittente, con esacerbazioni serotine e remissione mattutina, accompagnate da profusi sudori. La secrezione purulenta si è mantenuta quasi invariata per alcune settimane; dopo circa 20 giorni il medico curante ha notato la eliminazione di due piccoli sequestri per cui ha ritenuto necessario ingrandire la precedente breccia operatoria sino a potere drenare il focolaio osseo. Da tale intervento è sembrato che l'infermo ritraesse vantaggio, poichè i sintomi rapidamente si sono attenuati senza però scomparire del tutto.

Dopo circa un mese una nuova riacutizzazione del processo morboso, con febbre, dolori, secrezione purulenta abbondante, ha richiesto l'intervento del medico, il quale ritenendo opportuno un più radicale trattamento lo ha inviato alla nostra Clinica per le cure del caso.

I dati obbiettivi, rilevati, al momento dell'ingresso in clinica, sono i seguenti:

Ragazzo in buone condizioni di nutrizione generale e sanguificazione; scheletro armonicamente sviluppato. Muscoli tonici e trofici. Sistema linfoghiandolare superficiale integro. Cute e mucose visibili di colorito pallido.

Nulla da segnalare a carico del torace ed organi in esso contenuti.

Negativo l'esame dell'apparato gastro-enterico ed uro-genitale.

Perfettamente normali gli arti superiori e l'arto inferiore sinistro.

In corrispondenza della regione calcaneare destra si nota la presenza di una vasta zona di infiltrazione che oltrepassa tutto intorno i limiti della regione in parola ed in corrispondenza della quale la cute è fortemente arrossata, edematosa, dolente spontaneamente ed alla palpazione. Al centro di essa e precisamente lungo il margine interno dell'estremità inferiore del tendine di Achille esiste una soluzione di continuo di forma ovalare, a maggior asse verticale, lunga tre centimetri, larga due, a margini leggermente introflessi ed il cui fondo è ricoperto da granulazioni di colorito rosa pallido, di uguale grandezza, piuttosto torpide, discretamente dolenti. Non si nota gemizio di pus di qualche entità.

Con la specillazione si avverte, già a qualche centimetro di profondità, una resistenza come di osso friabile.

I movimenti di flessione ed estensione attivi e passivi dell'articolazione tibio-astragalica sono ostacolati da vivo dolore; più liberi sono i movimenti di lateralità.

Esame delle urine: nulla di notevole.

Esame batteriologico: l'innesto di un po' di pus in piastre di agar dà luogo allo sviluppo, quasi in cultura pura, di stafilococco aureo.

Esame radiologico: In corrispondenza della tuberosità posteriore del calcagno si apprezza una zona di distruzione ossea, a livello della quale il normale disegno trabecolare non è più visibile ed è sostituito da aree trasparenti tra le quali sono ancora apprezzabili appena alcune rare trabecole ossee.

Il contorno esterno della tuberosità è completamente distrutto.

Anteriormente alla detta zona si nota una discreta rarefazione ossea che si estende al terzo posteriore del corpo del calcagno.

Diagnosi: Postumi di osteomielite acuta del calcagno.

Il giorno 8 novembre 1938 si pratica intervento chirurgico.

Larga escissione della soluzione di continuo e del tessuto di granulazione descritti nell'esame obbiettivo, sino a mettere allo scoperto la superficie dell'osso calcaneare. Asportazione di due grossi framenti ossei esistenti nella sede della lesione del calcagno; quindi con lo scalpello, si escide tutta la parte ossea colpita sino al tessuto sano. La breccia che ne residua si colma con pomata all'olio di fegato di merluzzo, Sutura della cute in catgut. Apparecchio gessato.

In terza giornata essendo sopravvenuti vivi dolori al calcagno, è stato necessario praticare uno sportello nell'apparecchio gessato in corrispondenza della sede dell'operazione e riaprire la ferita. Questa è stata detersa e dopo aver praticato un leggero raschiamento con un cucchiaio è stata drenata. Con tale procedimento la ferita rapidamente è migliorata, i dolori sono scomparsi, il tessuto di granulazione ha ben presto colmato il fondo della breccia operatoria, che intanto si è sempre più impicciolita sino alla completa chiusura e quindi alla guarigione dell'infermo, la quale è avvenuta completa e definitiva ai primi giorni del mese di gennaio.

Dall'esposizione superiormente fatta, ciò che più interessa notare è l'insorgenza improvvisa del processo osteomielitico acuto, senza che alcun episodio infettivo, traumatico o di altra natura lo abbia preceduto.

Ciò rende nel nostro caso ancora più complesso il già oscuro problema patogenetico della osteomielite acuta primitiva, per il quale qualche considerazione non mi sembra superflua.

La predilezione che il processo osteomielitico ha di localizzarsi nella metafisi, è con ogni verosimiglianza in rapporto con il maggior lavorio funzionale che in questa sede si esercita. Sperimentalmente Colzi ha potuto dimostrare che iniettando germi piogeni in conigli adulti non si sviluppa alcun processo osteomielitico, mentre questo insorge costantemente tutte le volte che l'iniezione degli stessi

germi vien praticata a conigli giovani ed in periodo di accrescimento.

Su quali basi poggi poi questo rapporto tra processo osteomielitico ed attività osteogenetica è ancora poco chiaro.

La teoria dello stimolo funzionale di Wegner, quella dell'autonomia vasale di Uffreduzzi, la teoria secondo la quale la localizzazione metafisaria del processo osteomielitico sarebbe legata ad un rallentamento in quel punto della corrente sanguigna; oppure alla particolare direzione dei vasi costituenti l'arteria nutritizia, o infine alle correnti plasmatiche dirette dalla diafisi alla metafisi (Müller, Schülze, Shioda) hanno suscitato qualche entusiasmo ma anche molte critiche ed in ogni modo non hanno risolto il problema patogenetico.

Anche la teoria traumatica, alla quale si è dato da alcuni grande valore, non è decisiva, dato che, secondo Reishauer, solo nel 35 % si trova un trauma nell'anamnesi di un individuo affetto da osteomielite.

Recentemente Brancati ha considerato la possibilità che gli elementi mesenchimali possano essere responsabili dell'insorgenza del processo osteomielitico.

Questi elementi, come è noto, partecipano attivamente alla funzione condroblastica ed osteoblastica, accorrendo numerosissimi nel punto di accrescimento dell'osso.

I germi che possono trovarsi per cause varie in circolo e che l'istioblasto ha la proprietà di incorporare, vengono nuovamente liberati non appena dallo stato embrionale di cellula migrante si trasforma in cellula fissa, quale è il condroblasto.

Nulla pertanto vieta di pensare che se germi vengono liberati in corrispondenza della regione osteoformativa, essi, se son patogeni, possono determinare in quella sede un processo infiammatorio. Tale modo di vedere spiegherebbe la possibilità dell'insorgenza dell'infezione a distanza dal momento in cui sono penetrati i germi (microbismo latente) e la predilezione per un determinato punto dell'osso in un determinato periodo dell'accrescimento (Brancati).

La possibilità dell'insorgenza in un processo osteomielitico nella sede di una frattura potrebbe trovare uguale spiegazione.

Tale teoria è sostenuta da una serie di esperimenti assai dimostrativi eseguiti dallo stesso Brancati e bisogna riconoscere che essa, se anche non riesce a spiegare tutti i quesiti patogenetici che possono essere posti in casi di osteomieliti primitive ematogene, pure costituisce un cospicuo contributo alla soluzione del problema patogenetico di questa forma morbosa.

Anche nel caso nostro può essere invocato un meccanismo simile a quello ammesso dal Brancati.

Il calcagno, infatti, si sviluppa da un centro ossificativo primario da cui si forma il corpo e da un centro ossificativo secondario, da cui si forma la tuberosità. Ad una età variabile dai 14 ai 18 anni i due centri ossificativi primario e secondario, si saldano insieme, completandosi così la ossificazione del calcagno.

È ovvio pensare che se in questa sede gli istioblasti, i quali a tale processo di ossificazione partecipano attivamente, si liberano di germi patogeni che hanno precedentemente incorporato, si può in essa sviluppare un processo suppurativo, che nel caso particolare sarà un processo osteomielitico. Con questa ipotesi non si spiega però perchè nel nostro infermo, il processo suppurativo si sia sviluppato nel calcagno e non in altre delle numerosissime sedi, ove a quell'età i processi osteoformativi sono in piena attività.

Bisognerebbe invocare una particolare predisposizione da parte del calcagno, nel senso di un locus minoris resistentiae capace di permettere la fissazione e lo sviluppo dei germi liberati dagli istioblasti, germi che in altre sedi per il normale potere di resistenza dei tessuti, rimangono inattivi.

Nel nostro caso nessun elemento anamnestico per quanto sia stato particolarmente ricercato, ci autorizza ad ammettere una minorata resistenza del calcagno, nè d'altra parte è facile immaginare quale possa essere stata la porta di ingresso dei germi che gli istioblasti avevano incorporato. Ma a parte quest'ultimo punto della questione che può essere risolto ammettendo ad esempio che una escoriazione o un piccolo foruncolo, passato magari inosservato sia stato il punto di partenza di una batteriemia, per quanto riguarda la particolare predisposizione del calcagno ad ammalare, tranne che non si voglia pensare ad una spiccata virulenza limitata ai germi resi liberi dagli istioblasti in corrispondenza del calcagno, ed escluso il trauma unico che l'infermo nega recisamente, non vi è che ammettere una serie di microtraumi che per essere stati di assai modica intensità non hanno richiamato l'attenzione del paziente.

È questa la sola ipotesi che a mio modo di vedere, nel caso nostro, potrebbe spiegare la fissazione e lo sviluppo dei germi nella sede della lesione osteomielitica.

Per quanto riguarda la terapia abbiamo già

Fra le malattie centrali, in cui i ronzii d'orecchio costituiscono un sintoma precoce, sono da menzionarsi i tumori dell'acustico e del cervelletto, in cui essi precedono di mesi e di anni lo sviluppo degli altri sintomi. Si ritiene generalmente che nei tumori dell'acustico manchino i ronzii d'orecchio, perchè questi non si trovano più quando predominano i sintomi più gravi, ma un'accurata anamnesi li può mettere in rilievo.

Il credere che, mediante le docce d'aria calda, il massaggio, la valeriana od i bromuri, si possano curare i ronzii d'orecchio indica una mentalità poco medica, come chi volesse curare la cefalea con delle compresse o la fenacetina. Il trattamento sintomatico si farà soltanto quando non si sia trovata la causa o questa non sia accessibile alla terapia. Si procederà, pertanto, a tutte le possibili ricerche e l'otologo agirà di conserva con l'internista, collaborazione necessaria per evitare che il primo curi dei ronzii diabetici od ipertonici con le docce d'aria calda od il secondo tratti con dei bromuri quelli derivanti da un tappo di cerume. L'internista rivolgerà la sua attenzione alle cause più frequenti (disturbi del circolo e del ricambio, intossicazioni, ecc.), mentre l'otoiatra verrà a considerare, oltre allo stato delle tube, del timpano e del nasofaringe, anche la prova funzionale, particolarmente esaminando l'abbassamento delle udibilità dei toni alti e le lacune nelle frequenze di do^5. Nei ronzii ostinati senza causa evidente, si pensi ai tumori dell'acustico.

Nel *trattamento*, non si deve inspirarsi ad un nichilismo dannoso, ma procedere magari per tentativi. Come regole generali, tenere anzitutto lontano il paziente da quei fattori che, secondo la sua esperienza, sono dannosi; eventualmente, cambiamento di tenore di vita, soggiorno all'aria libera, esclusione o limitazione di alcool e tabacco, moderazione nel mangiare. Consigliabile generalmente un soggiorno in media od alta montagna.

Non si rinunzierà ai medicamenti, specialmente in unione con il calcio. Tenuto conto dell'importanza dei fatti cardio-vascolari, gioveranno i relativi rimedi (caffeina, teobromina, nitrito d'amile, ecc.) combinati con i calmanti. L'atropina e la belladonna sono da tempo vantati rimedi in questi casi. Si potrà tentare il chinino, a dosi di 10 cg. per lungo tempo, sospendendolo se i disturbi aumentano.

Nella sordità luetica, oltre alle cure specifiche, è consigliabile, oltre al bromo ed al calcio, lo jodio, utile anche nei ronzii di altra genesi, specialmente in combinazione col calcio e la diuretina. L'A. consiglia anche: Joduro di potassio, Bromuro di potassio, Bicarbonato di sodio, ana g. 5; Acqua dist. q. b. per 250; un cucchiaio 2 volte al giorno.

Nell'otoscleròsi, oltre ai vecchi metodi del fosforo e del calcio, l'A. consiglia un preparato introdotto da Seiferth contro la tetania e consistente in un derivato irradiato dell'ergosterina, il così detto fattore di calcinosi; lo si somministra a gocce (V-X al giorno, per 4 settimane), controllando la calcemia, poichè esso deve essere sospeso in caso di ipercalcemia.

Nei rarissimi casi di aneurisma accessibile, può essere consigliato l'intervento chirurgico, che però riesce soltanto in un quarto dei casi. La puntura lombare può essere utile; recentemente è stata raccomandata quella suboccipitale, che M. Meyer consiglia per l'otoscleròsi, togliendo 30-50 cmc. di liquor.

In alcuni casi in cui ogni terapia risulta inefficace, può giovare il decorso del tempo, in quanto che col progredire della malattia dell'orecchio tendono spesso a scomparire i ronzii. La cura psichica non sarà mai trascurata. *fil.*

La clinica dell'annegamento.

(C. J. MIJNLIEFF, *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 7 luglio 1939).

L'A. ricorda anzitutto le classiche esperienze di Brouardel e di Laye, confermate poi da altri autori, le quali hanno dimostrato che, trattenendo sott'acqua dei cani e dei gatti, si possono distinguere 5 stadi nel loro annegamento: 1) fase di sorpresa con 1-2 piccoli respiri (circa 10 secondi); 2) fase di resistenza, in cui il torace si trova in stato tonico di espirazione (quasi un minuto); 3) fase dei grandi respiri con 8-15 profondi atti respiratori (quasi un minuto); 4) fase di arresto respiratorio con immobilità della cassa toracica (quasi un minuto); 5) fase dell'ultimo respiro con 3-4 piccoli lenti respiri (quasi 1/2 minuto).

A grandi linee lo stesso succedersi di fasi si può ammettere anche per l'uomo e così pure per i soggetti che hanno libertà di movimento durante l'annegamento e che quindi tornano a galla più volte prima di affondare definitivamente: in questi tuttavia il primo e il secondo stadio non sono bene separati, ma passano gradualmente l'uno nell'altro. L'esperienza poi ha dimostrato che quando sopraggiunge il terzo stadio (dei respiri profondi) il liquido invade tutti lobi polmonari, alterando le pareti alveolari.

L'A. ha studiato accuratamente tutti i casi di annegamento occorsi all'osservazione medica dal 1922 al 1938 in uno dei più grandi ospedali di Amsterdam: dei 774 casi osservati soltanto 146 meritano più particolare attenzione in quanto furono meglio studiati ed ebbero più lunga degenza (almeno tre giorni) in ospedale. Tra questi malati l'A. ha distinto quelli che caddero in acqua in stato di ubbriachezza in quanto l'intossicazione alcoolica può determinare una diminuzione della capacità di resistenza individuale. Inoltre ha diviso tutti i casi osservati in due grandi categorie: 1) malati in cui non si ebbe perdita di coscienza; 2) malati in cui invece si ebbe perdita di coscienza.

Si nota subito che anche nei malati che non ebbero perdita della coscienza e che quindi non avevano raggiunto il terzo stadio, si sono talora sviluppate malattie polmonari e ciò si può facilmente spiegare con i due seguenti fattori: 1) l'ingestione di acqua; 2) l'aspirazione di quantità più o meno grande di acqua ricca di germi infettivi.

È da notare inoltre che la malattia è stata più grave in quei casi riguardanti soggetti in stato di ubbriachezza: in essi infatti si sviluppò una polmonite lobare estesa a più lobi con mortalità notevolmente superiore al restante dei casi.

Nella seconda categoria di malati (quelli che ebbero perdita di coscienza e che quindi avevano raggiunto il terzo stadio) si deve anzitutto notare l'esistenza di alcuni casi che non presentarono nessuna alterazione apprezzabile e di 11 casi in cui si sviluppò soltanto una bronchite rapidamente guarita. Negli altri casi si ebbe o edema polmonare o una polmonite: si trattava di 24 soggetti non ubriachi (16 uomini, 3 donne e 5 bambini) di cui 14 guarirono (11 uomini, 2 donne, tutti e 5 i bambini): in questi guariti, si deve notare: 1) che nella maggior parte fu applicata la respirazione artificiale; 2) che i più avevano presentato emissione di sputi rossatri; 3) che la polmonite era lobare o, se era lobulare, estesa a molti lobi.

L'A. pensa che per la produzione della polmonite, sia lobare che lobulare, il ruolo principale non sia tenuto dall'infezione batterica o dal raffreddamento, ma piuttosto dall'azione nociva diretta dell'acqua aspirata sulle pareti alveolari e sui capillari. Comunque sia sarebbe desiderabile che nei casi di polmonite da annegamento venisse sistematicamente esaminato l'espettorato e il sangue sia dal punto di vista clinico che morfologico e batteriologico.

La respirazione artificiale si è mostrata sempre molto utile ma va applicata con giusti metodi, perchè altrimenti potrebbe esercitare una azione nociva. F. TOSTI.

Cisticercosi e pseudocisticercosi luetica.

(A. CASTELLANI DI CHISIMAIO, G. ACANFORA. *Arch. It. di Scienze Med. Col. e di Parass.* gennaio 1939).

Gli Autori descrivono due interessanti casi: uno di cisticercosi disseminata con reperto anatomo-patologico raro; l'altro di pseudocisticercosi luetica del Castellani.

Il caso di cisticercosi disseminata osservato dagli AA. in una bambina di 10 anni, presentatosi con sintomatologia febbrile, cefalea, vomito, disturbi visivi, vertigini; dava all'esame obiettivo: pseudoipotrofia muscolare, reticolo venoso ovunque appariscente, notevole esoftalmo, alla palpazione numerosi noduli sparsi sotto la cute delle varie regioni del corpo e nella sottomucosa del cavo orale, aumento dell'aia cardiaca con soffio protosistolico-sistolico sul focolaio mitralico e rinforzo del secondo tono, tachicardia, riflessi rotulei assenti, torpore psicomotorio; presenza di uova di tricocefalo nelle feci; R. W. negativa.

Interessante l'esame radiografico dei muscoli: le ombre delle masse muscolari si presentavano tempestate di piccoli punti più opachi di 2-3 mm. di diametro, rotondeggianti a margini irregolari e sfumati; questi punti corrispondono ai cisticerchi.

All'es. radiografico del torace si notavano poche immagini rotondeggianti opache, a margini irregolari e leggermente sfumati.

Dopo 40 giorni di degenza, l'ammalata venne a morte durante un accesso convulsivo tonico-clonico accompagnato di intensa dispnea, cianosi e tachicardia.

Il reperto anatomo-patologico, minutamente esposto dagli AA. è di una grande importanza; cisticercosi di tutti i muscoli, del cervello, del cuore, del cellulare sottocutaneo e retroperitoneale; il cuore ha la superficie esterna tappezzata da vescicole attaccate all'epicardio; il cervello è tempestato da vescicole che si allogano profondamente nella sostanza grigia.

Gli AA. descrivono quindi alcune ricerche eseguite per spiegare la ragione delle immagini ottenute nelle radiografie dei muscoli.

Il caso clinico di pseudocisticercosi luetica dà un notevole contributo ad una nuova sindrome descritta finora solo dal Castellani sulla scorta di altri due casi osservati in A.O.I. La sintomatologia clinica di questa affezione è data dalla presenza di un certo numero (6-7) di piccoli noduli palpabili profondamente nel tessuto sottocutaneo, di grandezza varia (da un grano di riso ad un fagiuolo), di consistenza duro-fibrosa, a margini ben distinti, non dolenti alla palpazione. Essi danno dolore spontaneo continuo ed intenso che presenta delle esacerbazioni specialmente di notte. Tali noduli non sono da confondersi con gomme luetiche perchè non sono costituiti da tessuto di granulazione nè presentano al centro alcun cenno di rammollimento. L'affezione — da non confondersi con la miosite interstiziale luetica — è caratterizzata da ispessimenti fibrosi delle fascie profonde senza lesioni muscolari.

Nel caso descritto dagli AA., la sindrome morbosa, insorta in pieno benessere, era caratterizzata da febbre (39°), nausea, diarrea, comparsa dei noduli. Più volte sottoposto il paziente ad interventi chirurgici con asportazione dei noduli, dopo breve tempo la sindrome si ripresentava identica. Ricoverato in clinica, l'infermo presentava all'esame obiettivo null'altro che una modica epatosplenomegalia; presenza alla palpazione di alcuni noduli sparsi negli arti inferiori e superiori e allogati nella zona più profonda dello strato sottocutaneo; esame urine: feci e sangue negativi. R. W. e Meinicke fortemente positive.

Sottoposto ad energico trattamento antiluetico, dopo tre mesi si aveva la scomparsa della

febbre, dei dolori e di tutti i noduli; attualmente il paziente è perfettamente guarito.

Poichè i tre casi segnalati sono stati osservati in A. O., gli AA. concludono dicendo che ulteriori indagini e ricerche potrebbero essere condotte colà per accertare le cause di questa particolare forma morbosa. S. F.

La sindrome epato-renale e la ipostenuria N.

(NONNENBRUCH. *Klin. Wochenschr.*, 8 luglio 1939).

Si parla di sindrome epato-renale quando, in manifesto nesso con una malattia epatica evidente e ad estrinsecazione anche anatomica, si sviluppa una alterazione della funzione renale che dalla semplice oliguria ed ipostenuria può arrivare fino alla anuria totale. Sono invece escluse dalla sindrome epato-renale le malattie bilaterali ematogene del rene, manifestantisi con ematuria, edemi e pressione aumentata, anche se esse sono accompagnate da disturbi del fegato. Nella sindrome epato-renale l'urina contiene spesso albumina e sangue, essa può però anche non contenere alcun elemento anormale: edemi e aumento di pressione non appartengono alla sindrome. Contrasta singolarmente con i disturbi funzionali spesso gravi, la esiguità o la assenza di alterazioni anatomiche: queste consistono tutto al più in alterazioni puramente degenerative dei canalicoli o in infiltrazioni interstiziali, mentre i glomeruli sono normali. Non esiste inoltre alcun rapporto costante tra l'entità delle lesioni anatomiche e la gravità del quadro clinico-funzionale: così oligurie ed anurie mortali possono riscontrarsi con reperti istologici renali perfettamente normali. Una tale sindrome epato-renale si osserva in varie lesioni chimicotossiche o infettive del fegato, tra queste soprattutto nella malattia di Weil ma anche nei semplici itteri catarrali (in questi ricercare con cura la sindrome: più importante dell'esame qualitativo della urina è la determinazione della quantità di essa e del peso specifico); ma anche nella cirrosi epatica, nel fegato da stasi cronica, nel cancro del fegato, e dopo operazioni sulle vie biliari e schiacciamenti traumatici del fegato.

Nei casi con evidenti lesioni del rene si è cercato di attribuire la sindrome alla azione di veleni epatici che per via ematica danneggerebbero i reni: ma gravi sindromi epato-renali si possono avere senza alterazioni del rene, per cui la causa della sindrome deve essere soprattutto di natura funzionale: le alterazioni della quanità e del peso specifico della urina vanno attribuite non al rene stesso ma al « prerene » di Volhard, a questo si aggiunge poi un particolare disturbo della funzione renale che non sempre trova la sua espressione anatomica.

Sorvegliando accuratamente la funzione renale degli ammalati di fegato, l'A. ha riscontrato spesso casi in cui nonostante una scarsa eliminazione di urina (sotto il litro) e basso peso specifico, il rene si dimostrava sufficiente e mancava una ritenzione di urea nel sangue. Egli chiama questa forma di ipostenuria « normale » o « N ». Oltre che nelle dette malattie del fegato, la ipostenuria N venne talora riscontrata in anemie gravi, nel morbo di Addison e verso la fine della sindrome ipocloremica.

Esistono tutte le forme di passaggio da questa forma di ipostenuria con oliguria e rene sufficiente, a quelle più gravi comprese nella sindrome epato-renale: oliguria con ipostenuria e rene insufficiente, poliuria con ipostenuria e rene o sufficiente oppure insufficiente. Nei casi di ipostenuria N la funzione renale è perfettamente normale: nonostante la scarsa quantità e il basso peso specifico dell'urina non si ha alcuna ritenzione di sostanze urinarie nel sangue. Questo è possibile perchè in questi casi il residuo organico della urina è molto scarso: la somministrazione di dosi alte di urea e di sale non modifica nè la quantità nè il peso specifico dell'urina, non perchè il rene sia incapace di eliminare queste sostanze ma perchè esse passano direttamente nei tessuti senza accumularsi nel sangue. Che la povertà dell'urina in urea e in sale sia dovuta a fattori extra-renali è dimostrato dal fatto che somministrando in questi casi una dieta secca molto ricca di sale, si ottiene una concentrazione di sale nell'urina di 1,8 %. La ipostenuria N non si modifica nè nella febbre naturale o artificiale, nè in seguito ad iniezioni di pituitrina.

La causa extrarenale della ipostenuria N si deve considerare il principale fattore anche in quelle forme in cui il rene si dimostra insufficiente: ad esso viene ad aggiungersi il particolare fattore renale. Infatti nel corso di una stessa malattia del fegato si possono alternare periodi di ipostenuria N con periodi in cui i reni sono insufficienti e si accumula l'urea nel sangue. Il fattore extrarenale può però anche da solo provocare una anuria ed uremia mortale. Nelle forme di sindrome epato-renale con insufficienza dei reni è aumentata l'urea nel sangue: spesso, come espressione del disturbo epatico, è aumentato anche l'azoto residuo nel sangue, quella parte cioè di azoto che non è data dall'urea ma principalmente da aminoacidi. Nelle forme comatose che insorgono nel corso di malattie epatiche l'azoto residuo del sangue può essere normale anche se poi la autopsia dimostra una atrofia gialla del fegato; in altri casi l'azoto residuo è aumentato mentre l'urea è normale. Nella maggior parte dei casi però sono aumentati nel sangue sia l'urea che l'azoto residuo: si tratta allora di coma epato-renale. Nella sindrome epato-renale la cura va rivolta alla malattia del fegato, che dopo guarita fa scomparire la sindrome: mai rimane come residuo una malattia limitata ai reni. Per ottenere una diuresi nei casi pe-

ricolcsi di oliguria o anuria si ricorre alla anestesia paravertebrale, alle iniezioni glucosate, alle iniezioni endovenose alcaline; i risultati di tale terapia sono però incerti. Forme mortali di anuria si vedono sopratutto nella stasi cronica del fegato da vizi mitralici: strofantina, salirgan ed altri rimedi si rivelano inefficaci, l'esame anatomo-patologico dei reni dimostra soltanto una stasi. P.

DISCUSSIONI IMPORTANTI

La parte dell'otologo nelle indagini sulle lesioni cerebrali.

La discussione, svoltasi alla Sezione di Otologia della Royal Soc. of Medic. di Londra (*Proceed. of the Royal Soc. of medic.*, agosto 1939) si è iniziata con una comunicazione di T. Cawthorne. Dal punto di vista otologico, egli dice, le lesioni cerebrali si dividono in suppurative e non suppurative. Le suppurative interessano l'otologo, perchè spesso hanno inizio da un focolaio infettivo dell'orecchio medio e quelle non suppurative per l'interessamento dell'8° nervo cranico o delle sue connessioni centrali.

L'esame dell'8° paio è fatta dal medico generico un po' rapidamente, mentre meriterebbe maggiore attenzione. Non basta dire che esiste sordità o diminuzione della capacità uditiva, ma bisogna stabilire se è integro o no il sistema di conduzione del suono.

L'esame della *funzione cocleare* comprende l'esame di tutto il campo uditivo e si fa con un audiometro e con un monocorde per la determinazione del limite di tono alto. Nella sordità cocleare unilaterale l'A. ha notato che il malato spesso ode meglio un suono per trasmissione ossea che per trasmissione aerea, perchè il suono condotto per via ossea viene percepito dall'orecchio sano. Questo è un falso Rinne negativo, e può trarre in inganno anche l'otologo. Sebbene la perdita dell'udito sia molto rara nelle lesioni cerebrali, non se ne deve mai trascurare l'esame accurato.

L'esame della *funzione vestibolare* è più delicato. Il nistagmo spontaneo di origine vestibolare è nel piano orizzontale e di più presenta un certo grado di rotazione, è ritmico, sostenuto, ed ha una componente rapida e una componente lenta. Nei casi lievi il nistagmo si osserva solo quando gli occhi sono volti nella direzione della componente rapida, ma nei primi giorni si può avere anche se gli occhi sono volti dalla parte della componente lenta. Il compenso funzionale che si produce dà una graduale diminuzione del nistagmo fino a scomparsa completa dopo qualche giorno. Questo è un elemento distintivo dal nistagmo prodotto da lesioni intracerebrali più centrali, perchè in quest'ultimo caso esso può mantenersi indefinitamente.

Per l'esame sistematico della funzione vestibolare è molto utile la prova del calore. L'eccitabilità galvanica del labirinto è a volte infida, perchè può dare una risposta anche a funzione labirintica abolita.

Ogni volta che si possono mettere in evidenza alterazioni vestibolari con funzione cocleare normale bisogna ammettere l'esistenza di una lesione intracerebrale. Se c'è una diminuzione funzionale tanto cocleare che labirintica la lesione può essere del labirinto o del tronco nervoso.

L'O. ha l'abitudine di fare l'esame della funzionalità dell'8° nervo cranico prima di sentire la storia del malato, perchè l'esame riesca più obbiettivo.

C. M. Hind Howell ha trattato delle complicazioni intracraniche delle malattie dell'orecchio. Esse sono: l'ascesso cerebrale, l'idrocefalo otitico e l'aracnoidite della fossa posteriore con idrocefalo secondario.

Il liquido cerebrospinale aumento della pressione e del contenuto proteico e curva di Lange paretica.

La funzione dell'otologo dal punto di vista del medico e per quanto riguarda le connessioni fra orecchio e cervello consiste nello stabilire se una lesione dell'orecchio può essere causa di una infiammazione intracranica, nel determinare la sede di origine della sordità (mezzi ossei di conduzione, coclea o tronco dell'8° nervo) e nello stabilire l'esistenza e la sede di lesioni labirintiche.

T. O. Howie ha ricordato che il neuro-chirurgo Sachs è molto scettico sul valore dei reperti dell'otologo per la localizzazione dei tumori cerebrali. Comunque egli insiste sulla necessità di far fare esami sistematici accurati da parte dell'otologo.

H. Frey e altri hanno ribadito lo stesso concetto portando nella discussione elementi della loro personale esperienza. L.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

R. LIÈGE. *20 Études pratiques de médecine infantile.* G. Doin et C.ie, éditeurs. Paris. Pag. 210. Pr. Fr. 60.

Come dice il titolo sono venti studi pratici, venti brevi capitoli, che trattano i più diversi argomenti di medicina infantile, esposti come una lezione clinica, riassuntiva, scevra di riferimenti teoretici e di ipotesi, rispecchiante la realtà dei fatti, come risultano dalla osservazione dell'ammalato sottoposto ad una acuta critica diagnostica.

L'A. si propone di fissare con precisione e chiarezza una rapida diagnosi, un prognostico esatto o più che sia possibile esatto, un trattamento curativo che apporti nel singolo caso i massimi benefici possibili: tutto ciò è pensato con mentalità di esperto clinico, detto con uno stile semplice e facile e fornito di particolare attrazione, che ne rende piacevole la lettura.

In ogni capitolo il medico pratico trova un insegnamento, una guida, una condotta da tenere, e su entità patologiche che con sottile arte furono scelte in massima parte tra quelle meno comuni o di più recente acquisizione nel campo della coltura medica, o che divennero attuali per una più esatta valutazione etiogenetica e conseguente più esatto indirizzo terapeutico; e tutti sanno quale delicatissimo senso clinico richieda l'arte del curare specialmente nei bambini.

Non possiamo riferire e tanto meno analizzare tutti i venti capitoli, ma tra gli argomenti di maggiore interesse clinico e pratico vogliamo ricordare la stenosi per ipertrofia muscolare del piloro del neonato, l'appendicite del poppante, la meningite da sifilide ereditaria, il diabete dei fanciulli, la tetania, l'acrodinia.

Richiamò inoltre la nostra particolare attenzione un contributo di notevole interesse alla isteria infantile, alla mitomania, alla simulazione. Si tratta di un caso di simulazione di anuria in una mitomane bambina di 12 anni, in cui si dimostra quale valore abbia « l'iscuria isterica », come la intendevano lo Charcot e la sua Scuola e il Gilles de la Tourette, e come la simulazione e il pitiatismo dominano in modo quasi assoluto la patogenesi del fenomeno. Ma casi di netta simulazione patologica come quello descritto dal Liège non sono frequenti, anzi divengono ogni giorno più eccezionali; noi ricordiamo un caso, ugualmente interessante, di una giovane donna isterica ben definita, che beveva la sua urina per poi vomitarla allo scopo di dare al medico il convincimento che aveva vomiti biliari, e che era gravemente ammalata di fegato, e non una « nervosa ».

La simulazione è banale nei fanciulli, in specie della seconda infanzia, ma non è affatto facile differenziarla da quella patologica e specialmente isterica. Quindi è quanto mai realistica l'impostazione del problema che l'A. si propone: isterici, mitomani o simulatori?

Ecco perchè suscita interesse lo speciale capitolo, come lo provocano tutti gli altri, che sono ugualmente non privi di originalità e sopratutto forniti di un preciso insegnamento clinico. G. MÒGLIE.

P. NOBÉCOURT & L. BABONNEIX. *Les enfants et les jeunes gens anormaux. Assistance, hygiène, éducation.* Masson e C.ie Edit. Paris, 1939. Pag. 416. Prezzo fr. 70.

È un grosso volume che tratta di un grandissimo argomento, la cui vastità trova le sue remote origini nei caratteri primitivi dell'umanità, nei suoi caratteri ancestrali, si protrae nei secoli attraverso le vicende storiche e l'evoluzione religiosa, finchè si innesta nella attualità della vita moderna, incombendo come uno dei più grandi problemi dell'umano progresso, del perfezionamento dalla razza, della civilizzazione, del migliore assestamento sociale, di una legislazione più umana, più comprensiva, sopratutto preventiva: — questo è l'argomento dei « fanciulli anormali », che graviteranno con tutte le loro specifiche conseguenze sulla struttura dell'intera nazione.

L'opera si compone di varie parti. Il Babonneix, con la cooperazione del Levent R. e Sigwald I., si occupa di quanto più da vicino ci tocca e ci interessa (1), degli « anormali psichici ». Non pensiamo proporci nè un profondo studio analitico, nè una sottile analisi critica, perchè ci mancano più ampli limiti spaziali. Comunque i più importanti e difficili problemi sono trattati con sufficiente estensione, con dottrina, con serenità di giudizi, specialmente nella esposizione dei molteplici fattori etiogenetici e profilattici, e rileviamo la giusta osservazione di quanto si esageri sulla importanza dell'eredità psicopatica, pur se non trascurabile e da prendersi in seria considerazione per la profilassi coniugale sopratutto agli effetti di alcune psicosi. Nei riguardi della influenza della consanguineità leggiamo la conferma di quanto noi abbiamo sempre sostenuto, che per se stessa non può esercitare alcuna azione, ma può essere pericolosa in quanto esaltando tutti i caratteri omologhi, tanto favorevoli che sfavorevoli, e addizionandoli, qualora prevalgano i secondi si perpetuano le qualità recessive e gli stati morbosi che ne derivano.

Si accenna anche al « meticciato » che tanto rilievo ha nella nostra legislazione raziale e per la purezza della nostra stirpe.

Gli AA., con pieno consenso di ogni spirito libero da ideologie materialistiche e da settarismo, si oppongono alla generalizzazione di

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

(1) G. MÒGLIE. *La psicopatologia forense.* Roma, ed. L. Pozzi, L. 68.

ogni metodo restrittivo nella profilassi delle psicopatie, fondato su una interpetrazione troppo categorica delle leggi sulla ereditarietà, e in modo anche più reciso contro la sterilizzazione obbligatoria dei psicopatici.

In altra sezione del libro il Babonneix con il Fay H. M. si occupa dell'igiene e della rieducazione degli arretrati, in particolare dei sensi specifici, della memoria, dell'immaginazione, dei poteri logici, del carattere, ecc. sia in senso clinico, sia in quello delle loro applicazioni nella vita di relazione.

Alcuni capitoli sono dedicati all'assistenza dei minorenni criminali e alla legge che la disciplina, e in questo campo, e solo in questo, si parla della legislazione italiana, riconoscendo che vi apporta « elementi originali ».

La seconda e ultima parte del libro, che è la meno estesa, è dedicata alle anomalie fisiche dei fanciulli e degli adolescenti.

La bibliografia, intercalata nel testo e non molto abbondante, è esclusivamente francese. In materia di psico-patologia infantile, di anormali psichici, di patologia del carattere, di *testi* non si ricorda il nostro Sante De Sanctis, che fu un grandissimo maestro e non soltanto nei confini della patria. G. Mòglie

Dansauer e Schellworth. *Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung.* Editore Thieme, Lipsia. Prezzo RM. 3.

La quistione delle neurosi è sempre all'ordine del giorno, e sempre molto discussa è quella delle neurosi da infortunio. In questo fascicolo della collezione « Arbeit und Gesundheit » Danseauer e Schellworth trattano l'argomento con vedute larghe ed originali.

Il libro ha un indirizzo schiettamente dottrinale, ma per l'importanza delle sue considerazioni e delle sue conclusioni può riuscire utile ai medici ed ai legali che si occupano d'infortuni. Dr.

D. Marguglio. *La nuova antropologia criminale.* Edit. Salpietra. Palermo. Prezzo L. 15.

L'antropologia criminale che destò al suo sorgere vivaci entusiasmi, cadde poi rapidamente ed in parte ingiustificatamente in discreto. Oggi integrata da elementi più positivi e sfrondata dalle semplicistiche esagerazioni ed infatuazioni riprende il posto che le compete.

In questo volume, che raccoglie le conferenze tenute dal Marguglio al corso di perfezionamento dei magistrati della Corte di Appello di Palermo, sono esposte le più recenti vedute in fatto di criminalogia, con le loro ripercussioni sociali, giuridiche e politiche.

Il Marguglio tra il neo-classicismo, di cui sono sostenitori Gemelli e Patini, ed il neopositivismo di Di Tullio preferisce un sano ecletismo, pur dando maggior valore al fattore biologico che si concretizza in elementi ereditari, morfologici e funzionali, endocrini ed umorali. Dr.

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo

Seduta del 21 luglio 1939-XVII.

Presidente: Prof. S. La Franca.

La via temporale per l'alcoolizzazione del ganglio di Gasser.

C. Rossi. — L'O. illustra un metodo nuovo per portare l'alcool nel ganglio di Gasser per via esterna attraverso una piccola perforazione dell'osso temporale anzichè per il foro ovale come comunemente si usa.

Studi sugli equivalenti anatomici dell'allergia. La tubercolosi delle vie biliari e della cistifellea.

L. Ajello. — L'O. ha illustrato un caso di tubercolosi ulcerosa della cistifellea, osservato all'autopsia di un bambino di mesi 8 ed un caso di tubercolosi delle vie biliari rilevato in uomo adulto di a. 61. Viene discussa la patogenesi di questa rara localizzazione del processo tubercolare, più frequente nell'infanzia, e che è rappresentata prevalentemente da processi di caseosi più che proliferativi. La lesione è considerata come una manifestazione allergica, di una allergia da ipersensibilità, da riavvicinarsi quindi a tutte le manifestazioni del secondo stadio di Rancke.

Contributo anatomico-sperimentale allo studio patogenico delle leptomeningiti.

L. Ajello. — I risultati sperimentali di queste ricerche tendono a dimostrare che in corrispondenza delle regioni posteriori del midollo spinale (ed alla base dell'encefalo attorno ai vasi) esiste una maggiore ricchezza, rispetto alle altre zone dell'asse cerebro-spinale, di elementi reticolo-endoteliali, che potrebbe renderci ragione della localizzazione alle regioni posteriori del midollo spinale ed alla base dell'encefalo di alcuni processi di leptomeningiti, come la tubercolosi, la sifilide, ecc.

Alcuni casi di gravidanza complicata a malaria

M. Ciulla. — Dall'osservazione di questi casi viene alla conclusione che è tuttavia necessario distruggere il vecchio pregiudizio che i sali di chinino possano essere causa d'interruzione della gravidanza.

Il Segretario: Prof. A. Amato.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Colite sinistra emorragica. Guarigione con la vitamina A.

M. Creyx, R. Massière, G. Moretti nel (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 4-11 marzo 1939) riportano una osservazione su un caso di guarigione quasi dimostrativa, per il solo fatto della terapia usata, di una colite sinistra emorragica curata con la vitamina A. Nella osservazione riportata dagli AA., il trattamento con la vitamina A fu praticato per mezzo di instillazioni bigiornaliere con sonda rettale di 60 cm^3 d'olio d'oliva contenenti 3 fiale di soluzione oleosa di « 313 A. » trattenute in loco 8 ore grazie all'aggiunta di qualche goccia di laudano. Tale trattamento ha completamente trasformato il quadro clinico della malattia arrestandone il progresso, pur persistendo lesioni di colite cronica.

Questa azione decisiva della vitamina A l'inscrive come indicazione assoluta nel trattamento della rettocolite emorragica, prima dell'autoemoterapia e dei lavaggi antisettici.

Gli AA. consigliano di tentare questa medicazione citofilattica prima del trattamento chirurgico e concludono confermando la teoria del Mackie che detta medicazione, con il suo successo, è la prova che la rettocolite, in assenza di ogni elemento etiologico parassitorio, infettivo o tossico, deve essere considerata come secondaria ad uno stato di carenza per lo meno locale. S. F.

Importanza della tubercolosi nelle fistole anali.

L. A. Buie, N. D. Smith e R. J. Jackman (*Surg. Gyn. Obst.*, n. 2 1939) hanno studiato i rapporti tra infezioni tubercolari e fistola anale in 106 individui operati per fistola anale. Lo studio è stato fatto attraverso un esatto esame anamnestico, clinico, radiologico del malato; esame delle urine; prove di flocculazione, esami del sangue; esame istologico e ricerca diretta dei bacilli in frammenti prelevati all'atto operatorio; inoculazione in cavia di estratti di frammenti presi all'intervento e preparati con una particolare tecnica; secondo gli AA. questa ultima ricerca è il mezzo più adatto e preciso per stabilire la eventuale natura tubercolare di fistole anali.

I risultati sono i seguenti: malati completamente immuni da tbc.: 83,6 %; malati con focolai tbc. in qualche parte del corpo 16,4 %. In questi ultimi le indagini dirette sulla fistola dimostrarono che in circa un terzo la fistola non presentava aspetti di tbc. Le inoculazioni positive nelle cavie furono 11,3 %; ma in questi segni istologici di tbc. nella fistola furono trovati solo nel 6,6 %. Pertanto discreta frequenza della coincidenza di focolai tbc. e fistole anali; la presenza di un focolaio tbc. nel corpo deve far sospettare della natura della fistola; però esistono casi di fistole non tubercolari in soggetti tubercolosi. La guarigione delle fistole tbc. è più lenta delle altre, ma può essere ugualmente completa se l'intervento è stato fatto esattamente. P. STEFANINI.

La diagnosi dell'appendicite cronica.

Secondo P. Brodin e A. Aubin (*Soc. méd. hôpitaux*, 7 luglio 1939) le crisi di appendicite acuta non sono, in generale, che degli attacchi evolutivi, che si manifestano in appendici cronicamente infiammate da mesi e, spesso, da anni. Da ciò l'importanza della ricerca e della diagnosi di appendicite cronica.

La diagnosi dovrebbe basarsi su due punti essenziali; il dolore alla palpazione in posizione verticale e l'arresto della pappa di bario in corrispondenza del ginocchio inferiore del duodeno, quando si studia la traversata digestiva.

Tale diagnosi permette un intervento precoce, il che non soltanto impedisce lo sviluppo di una crisi acuta spesso temibile, ma impedisce altresì la propagazione a distanza dell'infezione, causa frequente di un gran numero di disturbi del quadrivio sotto-epatico.

fil.

Un caso di ernia retroperitoneale.

Courriades M. (*La Presse Médicale*, n. 8, aprile 1939) riporta un caso in cui la prima ansa digiunale si era strozzata in una fossetta di forma conica, voluminosa, che occupava l'ipocondrio e il fianco destro e di cui la base si trovava in corrispondenza della linea mediana. Il margine anteriore di questa fossetta si estendeva dal mesoduodeno al peritoneo della doccia mesocolica destra. Non si tratta perciò dal punto di vista strettamente anatomico di una ernia retroperitoneale, ma di una ernia in una fossetta peritoneale.

All'intervento fu praticata una ileostomia in corrispondenza dell'ansa occlusa, seguita da una duodeno-digiunostomia. Il paziente è deceduto l'indomani. M. PEREZ.

Risultati lontani del trattamento delle diverticoliti.

Lockhart-Mummery (*The Lancet*, n. 6016, 1938) riferiscono sugli esiti remoti di 136 casi di diverticolite, di cui 91 casi operati e 45 trattati medicalmente.

L'evoluzione della diverticolite è progressiva nei malati non operati, e per molto tempo si può ovviare a questi sintomi con somministrazione quotidiana di grande quantità di olio di paraffina.

La mortalità direttamente dovuta alla diverticolite è del 10 % nelle due serie. La colosto-

mia è l'operazione di scelta per i casi gravi non complicati.

Su 38 colostomie, 4 malati morirono (ma essi erano in uno stadio molto avanzato) e 34 sopravvissero a lungo senza alcun sintomo.

Sopra 17 malati trattati con resezione e cecostomia, o colostomia temporanea, 4 morirono e 13 guarirono. La resezione è il trattamento ideale quando il tratto dell'intestino affetto è piccolo. La mortalità di questo gruppo di casi è elevata perchè molti casi erano aggravati dalla presenza di fistole vescico-coliche e conseguente infezione urinaria. In tale evenienza la resezione deve essere rinviata in un secondo tempo finchè siano scomparsi i segni d'infezione.

Sopra 43 malati sottomessi a una laparotomia esplorativa, 5 morirono.

Questi ultimi malati erano colpiti da perforazione acuta con peritonite o presentavano ascessi pericolitici, i quali sono di trattamento assai difficile. In questi casi il drenaggio e la colostomia a monte della zona malata sono il solo trattamento possibile. M. PEREZ.

Due casi di stenosi rettale durante dissenterie amebiche gravi.

P. Hillemand, A. Bensaude e P. Bru (*Presse Médicale*, 27 marzo 1939) discutono dell'esistenza di una stenosi rettale di origine amebica. Se non esiste alcuna prova diretta della natura amebica di una stenosi, esistono però delle presunzioni di ordine clinico: la nozione di una dissenteria grave, l'aspetto della stenosi in sede piuttosto alta, secca, senza secrezione, senza condilomi, senza fistole, senza ingorgo ghiandolare. Esistono inoltre delle presunzioni di ordine biologico: intradermoreazione di Frei negativa; reazione Wassermann negativa.

Minor valore gli AA. attribuiscono alla biopsia e alla prova del trattamento.

M. PEREZ.

I danni dell'abuso della dieta idrica nelle malattie diarroiche della prima infanzia.

Fra i numerosi errori specialmente dietetici, che si commettono con grande frequenza della terapia delle malattie gastro-intestinali della prima infanzia, va menzionato insieme con l'uso dei purganti il prolungarsi eccessivo del digiuno idrico, che conferisce all'organismo infantile una gravissima menomazione della resistenza organica e particolarmente della difesa immunitaria.

A. Rebuffo (*La pediatria del med. prat.*, maggio 1939) riporta le osservazioni fatte su 30 lattanti sottoposti a dieta idrica eccessivamente prolungata e ne rileva i danni derivanti; ad essa egli attribuisce, oltre al deficiente aumento di peso (conseguenza logica!) l'alta mortalità da lui osservata specialmente nel primo semestre di vita. Va però notato che i casi osservati dall'A. erano per la maggior parte ad alimentazione artificiale e la durata della dieta idrica eccedeva le 48 ore per 23 bambini, arrivando per 13 a periodi di 4 a 21 giorni; nella casistica dell'A., la mortalità è altissima (4/5) anche nei bambini del 1° semestre tenuti a dieta idrica per 48 ore. *fil.*

NOTE DI TECNICA CHIRURGICA

Il progresso di un anno nel campo dell'anestesia.

L'articolo (*The Prescriber*, aprile 1939) è una messa a punto di quanto si conosce oggi sugli anestetici, vi sono esposte le opinioni e l'esperienze di molti AA. che si sono interessati dell'argomento e ne hanno riferito al congresso 1938 della « British Med. Association ».

Le complicazioni dell'anestesia sono discusse da Rovenstine e Hersheason, che indicano il modo di evitarle e di curarle. Altri AA. si occupano dell'anestesia locale e ognuno espone la sua esperienza sugli anestetici adoperati, che sono la novocaina, la procaina e la percaina.

L'anestesia basale comprende una gran parte dell'articolo per il gran numero degli anestetici che sono oggi usati per questo scopo. Essi sono la paraldeide, l'avertina e i derivati dell'acido barbiturico, e cioè l'evipan sodico, il pentotal sodico, il medinal, il seconal, l'amital sodico, il nembretal e il tretilamid sodico.

Lake si occupa dell'anestesia spinale e descrive il suo metodo di anestesia con la percaina. I Carraways parlano dell'anestesia endovenosa con l'evipan sodico e il pentotal sodico, la loro esperienza sull'argomento riguarda 1900 casi. Essi affermano che gli anestetici endovenosi devono essere somministrati nello stesso modo di quelli per inalazione e non in rapporto all'età, al peso e alla grandezza del corpo; è però essenziale di far precedere alla somministrazione di questi anestetici un sedativo come il pantopon e l'atropina.

Poche parole sono dette per l'anestesia endotracheale la quale interessa sopratutto il chirurgo del torace e lo specialista della gola.

L'anestesia eterea è trattata solo per discutere la patogenesi delle convulsioni durante quest'anestesia; secondo le opinioni di vari AA. esse sono provocate da un'anestesia troppo profonda, dalla scarsezza e dall'eccessivo di CO_2 nel sangue.

L'elio si è dimostrato un anestetico utile nei pazienti asmatici che non reagiscono all'adrenalina.

Il ciclopropano è somministrato per inalazione in una miscela con l'O_2 che va dal 2,5 al 50 per cento, a queste concentrazioni è esplosivo e domanda perciò grande cautela nell'uso. L'anestesia avviene dolcemente senza provocare lo stato di eccitamento; produce però un aumento dell'emorragia capillare.

L'etere vinilico è una sostanza infiammabile ed esplosiva, di difficile uso perchè rapidamente produce l'anestesia profonda e non sono chiari i segni dell'anestesia (riflessi, respiro).

Il protossido d'azoto insieme all'O_2 è assai adoperato nella pratica odontoiatrica perchè produce un'anestesia pronta ed è di facile applicazione. MARTONE.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sui rapporti fra linfogranulomatosi maligna e tubercolosi.

Il problema etiologico del linfogranuloma maligno non ha ancora trovato la sua soluzione. Paltauf e Sternberg hanno aperto il dibattito osservandone l'origine tubercolare.

Quasi tutti gli autori, e fra questi il Franckel, ammettono che il linfogranuloma sia una malattia infettiva, mentre Yamasaki lo ritiene di origine tumorale e St. Klein lo mette fra le malattie linfatiche sistemiche.

Oltre il bacillo di Koch, furono ritenuti causa del linfogranuloma lo stafilococco, il b. della lebbra, la lues, i b. difteroidi, una actinomyces. Le prove cruciali classiche non furono realizzate da nessuno di questi germi. Molte obbiezioni furono fatte anche alla supposta natura tubercolare. Però un nuovo argomento in favore di questa teoria fu portato dalla scoperta di Fränckel e Much di bacilli granulari a livello delle lesioni linfogranulomatose, sebbene gli scopritori stessi abbiano espresso molte riserve sul loro valore etiologico.

I risultati positivi nei riguardi del b. di Koch richiamano sopratutto il problema del microbismo latente, come pure quello della tubercolizzazione secondaria.

E. C. Cracim, J. Gaspar e A. Ursu (*Arch. Roumanies de pathol. expérim. et de microbiol.*, giugno 1938) hanno fatto sull'argomento delle ricerche sperimentali servendosi di 107 cavie, 10 lepri, 10 galline e 4 scimmie, facendo inoculazioni e passaggi in serie.

Il materiale patologico fu raccolto da quattro casi di m. di Hodgkin. Essi osservarono costantemente negli animali inoculati reazione linfoadenoide regionale, ma mai lesioni granulomatose vere e proprie. Osservarono anche reazione diffusa, più debole, a prevalenza reticolo-endoteliale nella milza e nel midollo osseo. Si tratta di reazioni a tipo semplicemente irritativo (e precisamente reazione reticolare e reticolo-endoteliale) probabilmente da assorbimento di sostanze proteiche.

Nei riguardi dell'etiologia tubercolare i risultati sono stati negativi: nel primo caso, in una sola cavia al 3° passaggio, furono trovati b. di Koch. Nel secondo caso in una cavia su otto inoculate si ebbero vari b. acidoresistenti. Anche nel 3°-4° caso si ebbe un solo animale infetto.

Gli AA. ritengono che il b. di Koch (varietà umana, bovina, aviaria, virus filtrabile) non sia un ospite permanente e costante delle lesioni in piena evoluzione del linfogranuloma maligno, di cui esso non è riconosciuto e dimostrato agente etiologico.

Inoltre il tipo di reazione istologica trovato sperimentalmente non appartiene al tipo infettivo. Si tratta di reazione istologica transitoria e senza carattere specifico. L.

La dottrina delle infezioni focali.

H. Altmann (*Wien. klin. Wschr.*, 1939, n. 13), in base ad una lunga esperienza clinica insiste sugli stretti rapporti esistenti fra infezioni focali e numerose malattie generali. Si esige però in questo campo una critica severa prima di decidere sulla dipendenza causale fra le infezioni focali e le varie malattie, in quanto che, specialmente nella bocca, sono straordinariamente frequenti i focolai infettivi latenti. Ed è soltanto quando vi sia una stretta dipendenza di tempo fra l'infezione focale e la malattia generale, oppure quando questa retrocede rapidamente dopo l'eliminazione del focolaio, che si può concludere per il rapporto fra causa ed effetto.

Come focolai infettivi, vengono in prima linea le tonsille ed i denti; seguono poi, molto più raramente, i seni nasali, l'orecchio, le vie biliari ed orinarie ed il tratto genitale. Secondo l'esperienza dell'A., tali focolai infettivi locali possono essere considerati come causa per lo sviluppo di reumatismi articolari acuti e cronici, in molti altri disturbi di tipo reumatico, nelle malattie dei nervi periferici, specialmente nella sciatica, nelle malattie renali e nelle endo- e mio-carditi. Anche nella depressione dello stato generale di salute, come per trovare la causa di inesplicabili temperature subfebbrili, è opportuno andare alla ricerca dei focolai infettivi. Non bisogna, però, aspettarsi la guarigione nel 100 % dei casi di sciatica o di poliartrite dopo la eliminazione radicale del focolaio infettivo; però la terapia, che deve consistere in detta eliminazione radicale, ha sempre il buon effetto di evitare ulteriori danni.

fil.

Il metabolismo dell'azoto e dei cloruri dopo iniezioni di siero normale di cavallo.

G. Conti (*Annali Italiani di Chirurgia*, fasc. VII-VIII, 1938) partendo dal piano di ricerche di un suo precedente lavoro sulle trasfusioni di sangue puro, a complemento di quello, ha studiato in 12 individui normali il comportamento dell'azoto e dei cloruri nel sangue, dell'urea dell'acido urico e i cloruri nelle urine dopo iniezioni intramuscolari di siero normale di cavallo con dosi crescenti da 20 a 50 cc. ogni 12 ore e nella quantità complessiva di 140 cc. per ogni soggetto.

I risultati, documentati in chiare tabelle, concordano con le variazioni osservate nelle trasfusioni di sangue puro. Si ha cioè, in linea di massima, un aumento dei valori dell'azotemia, dell'urea, dell'acido urico e dei cloruri urinari e un abbassamento della cloruremia.

G. LABOMBARDA.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Como. *Amministraz. Provinc.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico; titoli; L. 21.000 e 3 trienni dec.; alloggio, illumin., riscald.; ortaglie. Scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere copia del bando alla Segreteria.

Firenze. *R. Arcispedale di S. M. Nuova.* — Aiuto presso il Turno isolamento ed il Laboratorio di ricerche; titoli ed esami; scad. 16 ott., ore 12; L. 7558; proventi regolamentari; età lim. 35 a. Rivolgersi alla Segreteria .

Foggia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore della Sezione dispensariale di Cerignola; titoli ed esami; scad. 30 ottobre, ore 13; L. 9000 e quadrienni dec., serv. att. L. 1800; età limite 40 a.

Genova. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiologia e terapia fisica; scad. 9 ott., ore 17; stip. L. 5000; età limite 35 a.; titoli ed esami. Richiedere bando alla Segreteria.

Gorgonzola (*Milano*). *Ospedale Serbelloni.* — Medico chirurgo assistente; titoli; nomina e conferme biennali; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; compartecipaz. Assunzione servizio entro 30 giorni. Chiarimenti dalla Segreteria.

Merano (*Bolzano*). *Ospedale Civico.* — Un assistente nella Divis. medica ed uno nella Divis. chirurg.; titoli; scad. 31 ott., ore 12; stip. L. 5000, vitto, stanze, partecipazione ecc.; età limite 30 a.; tasse L. 50. Rivolgersi alla Segreteria.

Mestre (*Venezia*). *Ospedale Civ. « Umberto I ».* — Aiuto radiologo e medico assistente nel Reparto sanatoriale per tubercolotici; titoli; scad. ore 18 del 15 nov.; stipendi rispett. L. 6000 e L. 5400; indennità varie; tassa L. 50; età anni 30 s. e. l.; assunzione entro 30 giorni. Rivolgersi alla Segreteria.

Napoli. *Comune.* — Medico ostetrico; titoli ed esami; L. 14.500 oltre L. 2500 serv. att. e 4 quadrienni di L. 500. Domande e documenti al Protocollo del Comune (palazzo S. Giacomo, 2° piano) non oltre le ore 17 del 6 nov.

Penne (*Pescara*). *Ospedale Civile « San Massimo ».* — Medico chirurgo aiuto; titoli ed esami; scad. 27 ottobre, ore 17; stip. L. 3000 annue lorde; vitto ed alloggio gratuiti; compartecipaz.; età limite 35 a.; assunzione entro 15 giorni. Chiedere chiarimenti e copia del bando alla Segreteria.

Reggio Emilia. — Concorso al posto di Direttore Sanitario dell'Istituto SS. Pietro e Matteo per l'Infanzia e la Maternità alle dipendenze del Comune. Stipendio L. 14.500 suscettibile di cinque aumenti quadriennali di un decimo. Supplemento di serv. attivo L. 1450, indennità caroviveri in quanto dovuta. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Occorre il diploma di specialista in puericoltura ed altri titoli comprovanti la preparazione specifica del concorrente. Tassa di concorso L. 50,20. Scadenza 25 ottobre 1939. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Reggio Emilia.

Varese. *Consorzio provinciale antitubercolare.* — È aperto il concorso al posto di medico aiuto del Dispensario provinciale e ad un posto di medico dirigente di sezione dispensariale. Per lo stipendio, indennità ed altre condizioni vedere a pagina 1739 del precedente fascicolo n. 39.

Varese. *Consorzio provinciale antitubercolare.* — È aperto il concorso per titoli ed esami ad un posto di Assistente Sanitaria Visitatrice presso i Dispensari Antitubercolari della Provincia di Varese. Per lo stipendio, indennità ed altre condizioni vedere a pagina 1739 del precedente fascicolo n. 39.

Venezia. *Amministraz. Prov.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatr. Prov.; stip. L. 21.000 e 4 aumenti dec.; serv. att. L. 6500; assegno speciale L. 780; alloggio, riscaldam. e illuminaz. anche per la famiglia; età limite a. 35; assunz. serv. entro 15 giorni. Rivolgersi alla Segreteria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Augusto Massimo Michelazzi è stato nominato, in esito a concorso, primario medico dei RR. Ospedali ed Ospizi di Lucca.

Il dott. Léry-Valensi è nominato professore di storia della medicina all'Università di Parigi, in sostituzione del prof. M. Laignel-Lavastine, nominato professore di psichiatria.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA (*)

Impiegato di laboratorio d'igiene - Competenza.

L'Amministrazione Provinciale negò ad un avventizio il passaggio in pianta stabile nell'organico del laboratorio, applicando una precedente deliberazione che stabiliva le condizioni del trasferimento in organico.

Successivamente il Prefetto bandì il concorso per un posto di assistente presso lo stesso laboratorio. L'avventizio deluso ricorse contro l'uno e l'altro provvedimento per il suo interesse nascente dal rapporto d'impiego provvisorio: col primo ricorso faceva valere le sue ragioni agli effetti del passaggio in pianta stabile; col secondo si doleva del provvedimento del Prefetto, sostenendo di aver diritto al posto per il quale era indetto il concorso.

Dato l'oggetto dell'uno e dell'altro rimedio, correttamente il Consiglio di Stato, con sentenza 22 febbraio 1939 n. 110, ha dichiarato che è competente a giudicarne la G. P. A. in sede giurisdizionale.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, cons. leg. del nostro periodico.

NOTIZIE DIVERSE

L'opera di assistenza per l'infanzia indigena di Addis Abeba.

L'organizzazione degli istituti di beneficenza e sanitari a favore degli indigeni, opera altamente civile, sociale e politica, nacque subito dopo l'occupazione di Addis Abeba per iniziativa del Partito: 78 bambini abbandonati furono raccolti nei primi giorni dalla nostra Federazione Fascista.

Nel 1937 nasce con 60 ragazzi l'Istituto per i bambini tracomatosi, orfani e senza assistenza. Ora sono 235 fra maschi e femmine. I ragazzi frequentano le scuole elementari italiane fino alla terza. I maschi hanno una scuola agraria in una piccola concessione di terreno tutto coltivato. Le bambine hanno una scuola di cucito.

Quest'opera italiana che raccoglie i bambini malati agli occhi e orfani, li toglie dalla strada e li guarisce dalla triste infermità, li educa e li istruisce, è certamente destinata ad avere il suo ulteriore sviluppo.

Accanto all'Istituto per bambini tracomatosi è l'Opera Maternità e Infanzia per le indigene, intitolata al nome di Adelia Glaviani Graziani. Anche quest'opera è sorta nel 1937 a iniziativa del Governatore della città. Ora 138 bambini orfani o abbandonati vivono il conforto e l'assistenza e l'educazione.

Nel reparto maternità le donne indigene vengono assistite a cura dei nostri medici e da una ostetrica italiana. Le sale della maternità sono sempre piene, chè la propaganda presso la popolazione è avvenuta virtualmente.

Un fatto che in Italia forse non si immagina è che l'infanzia indigena parla la lingua d'Italia e comincia a scriverla.

Un'altra opera è il nuovo ambulatorio per indigeni che sarà inaugurato prossimamente nella zona del nuovo mercato indigeno.

L'ambulatorio, modernamente attrezzato, comporterà una spesa di 350.000 lire. Insieme all'ambulatorio è il mendicicomio ove in 101 tucul in muratura sono ricoverati oltre 600 indigeni poveri ammalati o minorati fisici.

Scuola di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni.

Presso la Segreteria della R. Università di Roma sono aperte le iscrizioni alla Scuola di perfezionamento in Medicina Legale e delle Assicurazioni, diretta dal prof. Giuseppe Moriani ed alla quale collaborano attivamente i più importanti Istituti di Assicurazione e di Previdenza.

Questa Scuola — alla quale possono accedere tanto i laureati in Medicina quanto quelli in Giurisprudenza — intende dare a coloro che si apprestano ad esplicare la loro attività nel campo della Medicina Legale, in quello della Magistratura ed in quello delle Assicurazioni, una cultura adeguata ai compiti delicatissimi che dovranno essere loro affidati.

Il Diploma di « Specialità in Medicina Legale e delle Assicurazioni » conseguito dopo aver frequentato questa Scuola, è considerato come *titolo di preferenza* nei concorsi per Medici e Dirigenti, banditi dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, dall'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, dalle Casse Mutue Malattia, dal Patronato Nazionale per l'Assistenza Sociale e dall'Istituto Nazionale Fascista di Previdenza Sociale. Oltre a ciò è considerato titolo di preferenza nei concorsi per la Magistratura, banditi dal Ministero di Grazia e Giustizia. Tale diploma di Specialista dà altresì la preferenza per la nomina a Perito Medico-Legale (v. articolo 314 C.P.P.).

La Scuola ha la durata di un biennio.

Gli iscritti hanno l'obbligo di frequentare le lezioni, nonchè le esercitazioni che saranno loro impartite, sotto forma di internato, sia nell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni, che presso gli Istituti di Assicurazione e gli Enti di Previdenza che danno la loro collaborazione scientifica alla Scuola.

Alla fine del 1° ed alla fine del 2° anno gli iscritti dovranno sostenere un esame concernente le rispettive materie di insegnamento. L'esame di diploma si svolge secondo le norme dello Statuto Universitario.

Tasse complessive L. 2400 circa.

La Scuola avrà inizio il 15 novembre; le iscrizioni si ricevono sino al 5 novembre.

Azioni giudiziarie.

Gli eredi dell'architetto Giulio Marcovigi, progettista del nuovo Ospedale Maggiore di Milano, hanno intentato causa contro gl'Istituti ospedalieri, perchè intendevano poter compiere visite di controllo in cantiere, poter apporre in posizione adatta una targa con la dicitura « Giulio Marcovici progettò e diresse » e far eseguire delle fotografie dell'opera in costruzione; gl'Istituti ospedalieri si opponevano. Il Tribunale civile di Milano, riconoscendo all'Ospedale il carattere di opera artistica, ha dichiarato il diritto degli attori di visitare l'opera eseguita, prima che gli edifizi siano inaugurati; come pure di far apporre una lapide nell'edifizio principale, in cui però siano ricordati, oltre il nome dell'autore e direttore dell'opera, ing. Marcovici, anche quelli degli altri coadiutori; ha respinto ogni altra richiesta; ha condannato l'Ospedale alle spese di giudizio.

In aprile del 1935, a Gran Couronne (Francia), un impiegato addetto ad una fabbrica di carta, Luigi C., di 27 anni, veniva investito da un'automobile pubblica; riportò fattura del cranio, doppia frattura dell'arto inferiore destro, ferita al mascellare superiore e altre lesioni. Sopravvisse; ma la sua salute parve molto deteriorata. Il tribunale civile di Rouen gli riconobbe una invalidità del 20 % e condannò il conduttore dell'auto (e per esso la società assicuratrice) a corrispondere 75.000 franchi all'infortunato, fatta riserva per un possibile aggravamento. Il paziente veniva poi colpito da tubercolosi polmonare e perciò chiedeva un supplemento di 200.000 franchi; l'autista contestò l'aggravamento per ciò che riguardava la propria responsabilità. In seguito a perizie, il Tribunale ha deciso che l'aggravamento era dovuto, in parte, al trauma ed ha assegnato un supplemento di 150.000 franchi. In appello, questo giudizio è stato, ora, confermato.

In Francia un commesso viaggiatore si era assicurato contro gl'infortuni durante i viaggi. Avendo acquistato un paio di scarpe strette, una di queste gli produsse una flittene, cui seguì infezione, che ebbe esito mortale. La vedova reclamava l'importo dell'assicurazione, in 200.000 franchi, sostenendo che si trattava di morte per azione violenta e subitanea, da causa esterna: una

calzatura. L'azione giudiziaria è giunta alla Corte d'Appello di Aix, la quale ha stimato inutile un giudizio, perchè la denunzia alla società assicuratrice era stata sporta trascorsi i termini legali, e quindi ogni diritto eventuale all'indennizzo era perduto.

Altro caso occorso in Francia: il 2 agosto 1934 il sig. X fu vittima di un infortunio, che determinò fratture multiple; egli venne preso in cura dal dott. Y, il quale fece procedere con ritardo all'esame radiologico. Ne sarebbe derivato un ritardo di 80 giorni nella guarigione. D'onde una causa: il sig. X chiedeva 200.000 franchi d'indennizzo; a sua volta, il dott. Y promosse un'azione per ottenere l'onorario, in 3805 fr., e una rivalsa dei danni cagionatigli dal processo ingiusto, in L. 10.000. Il Tribunale civile di Joigny ordinò una perizia, affidata ai dottori Paul, Piédelièvre e Thierry; e, accogliendone le conclusioni, con sentenza del 26 aprile 1938 condannava il dott. Y a corrispondere al suo cliente 8000 fr., detratti gli onorari in 3.000 fr. Il dott. Y. interpose appello e il sig. X interpose appello incidentale; la Corte di Parigi, dopo lungo dibattito, ha emesso ora una sentenza che eleva a 20.000 fr. la somma accordata come indennizzo al sig. X e che il dott. Y dovrà corrispondere, detratti gli onorari, in fr. 3000.

Un po' dovunque

Una Circolare del Ministro della Coltura Popolare, n. 1045752 in data 7 settembre 1939, vieta alle riviste la pubblicazione di rubriche di giurisprudenza e consulenza legale.

La Società Italiana di Medicina e la Società Italiana di Chirurgia comunicano che i Congressi che dovevano essere tenuti a Napoli nel prossimo mese di ottobre sono sospesi fino a nuova comunicazione.

In Germania sono stati rimandati ad epoca da destinarsi vari congressi medici, tra cui i seguenti: 4° Congresso della Società internaz. di ortopedia e traumatologia, indetto a Berlino dal 4 all'8 settembre; 26ª riunione della Società tedesca di ginecologia, indetta a Berlino dal 18 al 21 ottobre; riunione della Società tedesca per le malattie digerenti e del ricambio, indetta a Vienna dal 5 al 7 ottobre.

Il 6° Congresso biennale dell'Associazione internazionale degli ospedali, indetto a Toronto (Canadà) dal 19 al 23 settembre, è stato rimandato *sine die*.

La Società Italiana di Chirurgia plastica informa che il suo V Congresso, indetto a Napoli per i giorni 21 e 22 ottobre, è differito ad epoca da destinarsi.

In Germania sono state chiuse tutte le università a partire dal 7 settembre, salvo quelle di Berlino, Vienna, Monaco e Jena.

Il « Manchester Guardian » reca che la totalità, per così dire, del radium disponibile in Inghilterra è stato sepolto alla profondità di circa quindici metri, in alcune fosse ricavate con sonde per pozzi artesiani. Ciò non soltanto per preservare un metallo raro, costoso e di considerevole valore nella terapia, ma per prevenire le ferite che una esplosione disperdente questo elemento non mancherebbe di produrre. Una conferenza sarà tenuta prossimamente per studiare in quale regione il radium potrebbe, al sicuro, essere utilizzato a scopi terapeutici.

Il Ministero delle Colonie del Belgio ha istituito due borse coloniali di viaggio e di studio, dell'importo di fr. 75.000 ciascuna, da attribuire a professori o ad « agrégés » delle Università. Gli aggiudicati dovranno dimorare in Colonia da 5 a 6 mesi; provvederanno a tutte le spese necessarie, comprese quelle di viaggio, ma avranno l'alloggio gratuito. Alla fine del viaggio, dovranno redigere una relazione dei loro studi.

A Palermo ha iniziato il funzionamento l'Istituto di medicina industriale, creato dalla sezione sanitaria dell'Ente nazionale per la prevenzione degli infortuni; ha sede nei nuovi locali della sezione (via Bari 28).

Il « Journal of Nervous and Mental Diseases » ha dedicato il n. 4 al dott. Smith Ely Jelliffe, che ha compiuto 35 anni di attività redattoriale.

Il « Medical Journal of Australia » ha celebrato il suo cinquantenario con un numero speciale, pubblicato l'11 luglio.

Il Ministero della Sanità dell'Inghilterra ha annunziato che il 30 agosto si contavano circa 60.000 infermiere ausiliarie nella Riserva, in aggiunta alla infermiere nei ranghi militari. Era in programma di raggiungere il numero di 100.000.

La Società francese di dermatologia e sifilografia ha celebrato il suo 15° anniversario.

Sir Thomas Barlow — il quale ha individuato lo scorbuto infantile o (morbo di Barlow) — ha compiuto 94 anni il 4 settembre.

A Milano certo Antonio Mazzoni si spacciava per medico, mentre aveva compiuto solo quattro anni di studi medici; egli si era formata una larga clientela; è un recidivo. Oltre che per esercizio abusivo dell'arte medica e usurpazione di titolo, è stato denunziato anche per truffa, avendo venduto ai clienti dei medicinali ricevuti come campioni.

Secondo i dati raccolti dall'ufficio statistico del Reich, nel 1937 questo contava 4745 ospedali, con 630.000 posti-letto.

Nell'Uzpekistan più di 2000 contadini sono stati colpiti da malaria e costretti a sospendere i lavori nelle piantagioni di cotone. Il governo russo da deciso di iniziare immediatamente i lavori di bonifica di quelle zone paludose.

Presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria (Roma) è stata attuata una nuova Fondazione « Elide Piccinini Stramezzi », avente lo scopo di premiare lavori di storia delle scienze mediche, con particolare riguardo a quanto si deve agli italiani.

Il Ministero della Sanità pubblica in Francia ha istituito, con la cooperazione di diversi enti, un servizio destinato a proteggere i bambini, i ragazzi e le loro madri. Le donne incinte, le madri con bambini di età inferiore a 4 anni ed i ragazzi non accompagnati di età inferiore a 7

anni possono essere evacuati in campagna, sia presso privati, sia in centri specialmente attrezzati per riceverli. Madri e bambini sono accolti da persone qualificate. Le iscrizioni, aventi carattere d'urgenza, si ricevono presso gli Uffici permanenti di tutela materna e dell'infanzia.

Le donne medichesse della Francia sono state pregate d'indicare d'urgenza, all'ufficio presidenziale, la loro specializzazione, la loro mansione principale, il tempo libero di cui possono disporre e la regione ove preferirebbero d'essere utilizzate.

Il Ministero della Sanità pubblica in Francia ha organizzato un vasto reclutamento d'infermiere.

Il Ministero della Sanità pubblica in Francia ha invitato le Scuole di preparazione ai diplomi statali d'infermiera e di assistente sociale, ad organizzare dei corsi per ausiliarie sanitarie ed ausiliarie sociali, della durata di quattro mesi; e ciò onde fornire elementi ausiliari idonei agli Organismi d'igiene e ai Servizi sociali incaricati di vigilare sulla salute e sulla sicurezza della popolazione civile.

La Principessa di Piemonte ha visitato la Clinica ostetrico-ginecologica di Sassari.

Due ostetriche di Lilla, dopo aver assistito un parto gemellare, non prestarono alcuna cura ai due neonati, da esse giudicati non vitali perchè prematuri. Uno morì dopo un giorno, l'altro dopo due. Il giudice istruttore ha ordinato l'arresto delle due levatrici, come responsabili di imperizia e negligenza, in quanto un perito medicolegale giudicò il grado di prematuranza dei due neonati non incompatibile con la sopravvivenza.

Il dott. Carlo Prado, noto pediatra di San Paolo del Brasile, raggiunse in aeroplano la cittadina di Tatyhy, e di lì a cavallo una capanna in piena foresta, ove una donna indiana aveva dato alla luce quattro bambini prematuri e non era in grado di allattarli. Il caso era stato scoperto da un taglialegna, che si era affrettato ad informarne le autorità. Il medico portava con sè gli alimenti. Egli stimò necessario di compiere altre due gite in aeroplano, per andare a rifornirsi, in San Paolo, delle incubatrici. Al suo ritornò trovò la capanna circondata da una torma superstiziosa, che intendeva provvedere alla cura dei neonati mediante esorcismi.

Indice alfabetico per materie.

Anestesia: progressi . . . . *pag.* 1779
Annegamento: clinica . . . . » 1768
Appendicite cronica: diagnosi . . . . . » 1778
Azoto: metabolismo dell'— . . . . . . » 1780
Bibliografia . . . . » 1774
Cisticercosi e pseudo- luetica . . . . . » 1771
Colite emorragica; trattam. con vitamina A . . . . » 1778
Diarree infantili: abuso della dieta idrica . . . . » 1779
Diuretico mercuriale razionale nuovo » 1754
Diverticoliti intest. . . . . » 1778
Ernia retroperitoneale . . . . » 1778
Ganglio di Gasser: alcolizzaz. . . . . . » 1777
Gravidanza complicata a malaria . . . » 1777
Infezioni focali: dottrina . . . . » 1780
Linfogranulomatosi maligna e tubercolosi: rapporti . . . . *pag.* 1780
Meningiti acute da pneumococco tipo III clinicam. primitive . . . . . » 1747
Meningiti: lepto — . . . . » 1777
Osteomielite acuta primitiva nel calcagno . . . . » 1761
Otologo nelle indagini sulle lesioni cerebrali . . . . » 1773
Ronzii d'orecchio: genesi e trattam. . » 1767
Siero normale di cavallo: azioni . . . » 1780
Sindrome epato-renale e ipostenuria normale . . . . » 1772
Stenosi rettale durante dissenterie amebiche . . . . » 1779
Tubercolosi delle vie biliari e della cistifellea . . . . » 1777
Tubercolosi nelle fistole anali . . . . » 1778

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 9 Ottobre 1939 - XVII Num. 41

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lezioni: A. Gasbarrini: Adenocarcinoma primitivo del duodeno.
Lavori originali: S. Caminiti: Potenziamento dell'anatossina stafilococcica con la protamina-zinco-insulina.
Osservazioni cliniche: V. Marino: Appendice a impianto anomalo.
Sunti e rassegne: G. Landes: Ricerche recenti nel campo della ascoltazione. — C. Lian e P. Geismar: Importanza del segno della « zona silenziosa soprammimale » nella diagnosi di stenosi aortica pura o associata a insufficienza aortica. — PATOLOGIA GENERALE: A. Alechinsky: Contributo allo studio dei fenomeni emorragici. — REUMATISMO: F. D. Howitt: Diagnosi e cura del reumatismo articolare cronico.
Divagazioni: Le gravidanze nelle bambine.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA: Nevrosi dell'esofago e dello stomaco. — L'actinomicosi gastrica primitiva. — La nicturia nei malati di ulcera gastroduodenale. — Le cause di aggravamento e di morte dopo emorragie gastro-duodenali. — TERAPIA: Le iniezioni sclerosanti nelle flebectasie. — Trattamento delle vene varicose con sodio ricinoleato. — TOSSICOLOGIA: Intossicazione da bromuro. — POSTA DEGLI ABBONATI.
Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LEZIONI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE E TERAPIA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal Prof. ANTONIO GASBARRINI.

Adenocarcinoma primitivo del duodeno.

Lezione clinica del Prof. A. GASBARRINI, direttore
raccolta dai dottori G. CORAZZA e G. MOTOLESE, assistenti volontari.

Vi presento una donna itterica in stato comatoso da ieri.

L'inferma (G. A.) di 73 a., casalinga, nubile, presenta un'anamnesi semplicissima. Qualche giorno fa era in grado di dirci che il padre morì di tubercolosi polmonare e la madre in tarda età per malattia di cuore: aveva avuto 15 gravidanze a termine; tutti i fratelli della p. vennero a mancare di affezioni non precisabili.

L'inferma nata da parto fisiologico, ebbe allattamento materno. Sviluppo fisico e psichico regolare. Frequentò le scuole fino alla IV classe elementare, fece poi la sarta fino a 30 a., indi la casalinga. I primi mestrui comparvero tardivamente (a 17 anni), ma seguirono sempre regolari per epoca di comparsa e quantità: a 45 anni intervenne la menopausa. È stata sempre moderata mangiatrice e bevitrice. Alvo tendenzialmente stitico. Diuresi regolare.

Anamnesi patologica remota. — A sei anni sembra abbia sofferto di morbillo, di cui guarì perfettamente; soffrì pure da bambina di pertosse.

Non ha avuto malattie degne di nota fino all'età di 24 a. allorchè contrasse la malaria, abitando a Teolo (presso Padova): fece una cura adeguata e si rimise perfettamente in 3 mesi circa.

Fu sempre di costituzione gracile, per cui praticò a più riprese cure ricostituenti (ferro-arsenico); nei periodi mestruali andava soggetta a frequenti cefalee.

Anamnesi patologica prossima. — Nel Novembre scorso (1937) la p. cominciò ad accusare disturbi a carico dell'apparato digerente: aveva spesso senso di peso doloroso allo stomaco, a cui presto si accompagnarono nausea e vomito. Il vomito era talvolta costituito da materiale alimentare, più spesso da liquido amaro e talora acido, ricco di muco, di colore verde-chiaro; esso portava senso di sollievo all'ammalata; si ripeteva ogni giorno regolarmente circa due ore dopo i pasti. Contemporaneamente l'inferma accusava anoressia, bocca asciutta e cattiva, nonchè un notevole decadimento delle sue condizioni generali.

Verso la metà di Dicembre i familiari notarono che le sclere della p. andavano assumendo una tinta giallastra; la malata stessa aveva, d'altra parte constatato che anche il colore dell'urina si

era fatto leggermente più scuro. Visitata da un sanitario, questi ebbe a riscontrare un subittero. Fu prescritta una dieta lattea e vegetale ed una cura medicamentosa, di cui la p. non sa riferire.

Nel Gennaio u. s., mentre le urine si facevano sempre più scure e le feci si andavano schiarendo, l'ittero era cresciuto di intensità. Si aggiunse un prurito assai molesto ed ostinato, un malessere generale ed un senso di astenia profonda. Nel Marzo comparvero dolori violenti a tipo di colica alla regione ipocondriaca d.; il dolore era molto vivo, costringeva la p. a stare coricata e rannicchiata sul fianco d.; si mitigava con oppiacei. Questi attacchi dolorosi si ripetettero 12-15 volte, a distanza di giorni l'uno dall'altro; talora si associavano a vomito ed erano seguiti, pare, da qualche brivido e modico rialzo termico. Del resto, anche al di fuori di questi episodi febbrili, la p. verso sera avvertiva spesso un leggiero senso di calore che attribuiva a lieve movimento febbrile: una sola volta la temperatura fu misurata e si trovò a 37°,5.

Nel contempo le condizioni generali andavano sempre più aggravandosi e la p. fu costretta a lasciare tutte le sue occupazioni; infine, per la persistenza dell'itteria, si è decisa a farsi ricoverare nella nostra Clinica, ove è entrata l'11 Aprile u. s.

Pare che dall'inizio della malattia la p. sia diminuita di 20 Kg. di peso.

E. O. — All'esame di questa malata spicca anzitutto uno stato di denutrimento piuttosto grave. Essa è, come vedete, fortemente itterica, con cute pigmentata di giallo intenso, tendente al verde ;esistono sparse sulla superficie corporea lesioni da grattamento, specialmente alle regioni flessorie degli arti inferiori. Mucose visibili lievemnte cianotiche.

Il viso è pallido, dalle carni cascanti. Il pannicolo adiposo è ovunque assai scarso, assai ipotoniche ed ipotrofiche appaiono le masse muscolari. Eccitabilità idiomuscolare marcatissima. Scheletro regolare.

All'esame del cavo orale: lingua con spessa patina biancastra asciutta; dentatura in gran parte mancante, alito fetido, istmo delle fauci arrossato.

Apparato linfoghiandolare. — Si palpano linfoghiandole piccole, di consistenza piuttosto dura, mobili sui piani sottostanti, nella fossa sopraclaveare di s. e nelle regioni latero-cervicali. Sotto il muscolo trapezio di s. si palpa indistintamente una linfoghiandola più grande, di consistenza dura, mobile; non linfoghiandole alle ascelle ed agli inguini.

Apparato respiratorio. — Vie aeree superiori libere. Torace di tipo enfisematoso, rigido. All'ispezione si espande piuttosto scarsamente, ma simmetricamente. Respiro di tipo costale, di frequenza 18 al 1'. Con la palpazione non si provoca dolore in nessun punto. Il F. V. T. è normalmente trasmesso alle basi, un po' meno alle regioni apicali. Percussoriamente: suono chiaro normale su tutto l'ambito polmonare, basi alla X vertebra. poco mobili nelle inspirazioni profonde; i margini anteriori ricoprono quasi totalmente l'area di ottusità cardiaca. Non riduzione dell'ampiezza dei campi di Krönig. Ascoltatoriamente il murmure vescicolare è normale su tutto l'ambito, all'infuori delle regioni apicali, dove esso appare piuttosto aspro. L'indagine radiologica ha messo in evidenza: torace simmetrico; diaframma d. un po' sollevato con doppia curvatura della cupola, mobile; modico rinforzo del disegno polmonare alla base d.

Apparato circolatorio. — All'ispezione non si nota l'itto della punta, che è palpabile in un punto circoscritto sul 5° spazio intercostale, un po' all'infuori (½ cm.) dell'emiclaveare. Alla percussione: limite d. sulla marginale d. dello sterno; limite s. in sede normale, con andamento regolare. All'ascoltazione: i toni alla punta sono piuttosto cupi; sul focolaio della polmonare un po' lontani, sul focolaio dell'aorta normale il I tono, lievemente rinforzato il II. Rivoluzione cardiaca normale. Radiologicamente: cuore orizzontale, non ingrandito; aorta di tipo senile.

Esame E. C. G.: brachicardia di origine sinusale (60 pulsazioni al minuto). Netta prevalenza ventricolare sinistra; segni di lesione miocardica.

Fascio cardio-vascolare della larghezza di 6 cm. Esistono segni di arteriosclerosi periferica. Polso alla radiale valido, ritmico, di frequenza 64 al 1'. Pressione arteriosa al Riva Rocci: Mx 144, Mn. 76, mm. Hg.

Addome. — Di aspetto globoso. Nel quadrante superiore d. si nota un rilievo rotondeggiante, mobile con gli atti del respiro. L'addome è trattabile ovunque, ma è dolente alla palpazione profonda in corrispondenza della regione epigastrica ed ipocondriaca d. Alla percussione si apprezza nei decubiti laterali una ottusità mobile nelle parti più declivi.

Fegato. — Limite sup. dell'ottusità epatica al V spazio sull'emiclaveare; il suo bordo oltrepassa di tre dita trasverse l'arco costale di d. sull'emiclaveare, e s'incrocia con l'arco costale di s. due cm. all'esterno del prolungamento della marginosternale.

Con la palpazione si apprezza al disotto del margine epatico una massa della grandezza di un arancio, di consistenza teso-elastica, con superficie liscia, dolente alla pressione, mobile con gli atti del respiro ed anche passivamente in senso trasversale. Il margine e la superficie del fegato sono lisci e regolari, alquanto dolenti e di consistenza superiore alla norma.

Milza. — Non si palpa il polo inferiore splenico, ripetutamente ricercato anche nelle posizioni più adatte dell'inf.; il suo limite superiore si fissa con la percussione alla VIII costa sull'ascellare media. Normale l'area semilunare di Traube.

Tubo digerente (esame radiologico): stomaco verticale, allungato, ipocinetico; un po' destroposta la regione piloro-duodenale; bulbo atonico; segmento sopravateriano rigido con plicatura mucosa discontinua. Un'ombretta densa e quasi rotondeggiante di qualche millimetro si localizza nella stessa regione (v. fig. 1). Non segni di stenosi. Lateralmente alla seconda porzione si palpa una masserella resistente mobile. Non si ha chiara la sensazione se lo spostamento di questa sia solidale con lo spostamento della II porzione. Normale il tenue ed il grosso intestino.

Sistema nervoso. — Possiamo dire che all'ingresso e fino a qualche giorno fa la psiche della p. era perfettamente normale. Da allora è comparsa una sonnolenza vieppiù crescente, alternata con brevi periodi di euforia, che fanno vivo contrasto con le sue condizioni. Pupille isocoriche, normoreagenti alla luce ed all'accomodazione. Sensibilità, motilità attiva e passiva, riflessi tendinei, cutanei, mucosi, osteo-periostei normali.

Da ieri la p. è in coma.

Diario (dall'11 Aprile al 3 Maggio 1938).

L'inferma è entrata in Clinica 24 giorni fa. Dal giorno del suo ingresso ad oggi la tinta itterica si

è andata lentamente e progressivamente intensificando. Le feci, dapprima lievissimamente colorate, si sono fatte del tutto alcooliche. Si è accentuato il senso di astenia e la p. peggiora sensibilmente come aspetto e come nutrizione (il peso corporeo è diminuito di 3 Kg. in 15 giorni).

La p. non ha più lamentato, se non in misura molto modesta, la sintomatologia dolorosa all'epigastrio, nè sono comparse più coliche. In qualche giorno si è avuto vomito alimentare, seguito da senso di liberazione; costante l'anoressia.

È stata sempre apirettica. L'alvo si è fatto piuttosto diarroico.

Una puntura esplorativa, praticata in data 29 Aprile nel quadrante inferiore s. dell'addome, ha



Fig. 1.

dato esito a poche gocce di liquido giallo-oro, limpido, che ha presentato all'esame una reazione di Rivalta negativa.

Ricerche di laboratorio. — Un primo esame di sangue, praticato il 12 Aprile 1938 ha dato: globuli rossi 2.940.000; emoglobina 70 %; valore globulare 1,02; globuli bianchi 7400. Formula leucocitaria: linfociti 22 %, monociti 2 %, granulociti neutr. 75 %, eosinofili 1 %. Discreto grado di anisocitosi e poichilocitosi. Piastrine: 120.090.

Secondo esame di sangue in data 27 Aprile 1938: globuli rossi 3.050.000, emoglobina 75, %, valore globulare 0,98; globuli bianchi 7300. Formula leucocitaria: linfociti 20 %; monociti 4 %; granulociti neutrofili 76 %.

L'esame delle urine all'ingresso ha dato: colore marsala; trasparenza torbida; reazione acida; P. S. 1021. Traccie molto ben evidenti di albumina, non sangue, non zucchero, non indacano, presenza di pigmenti e di sali biliari.

Nel sedimento si riscontra: globuli bianchi in forte degenerazione granulo-grassa; discreto numero di cellule di sfaldamento, alcune delle quali tinte in giallo; non cilindri, nè globuli rossi.

Un altro esame delle urine praticato il 2 Maggio 1938 ha messo in evidenza nel sedimento dei globuli rossi scolorati e numerosi cilindri jalini e jalino-granulosi. Non cristalli di leucina o di tirosina.

Le feci sono di color grigio-chiaro, pastose, asciutte, lucenti (saponacee), omogenee, acide. All'esame microscopico si notano grandi quantità di saponi e di acidi grassi (approssimativamente in eguale quantità), rari grassi neutri. Scarsi residui vegetali; non uova di parassiti. Reazione del sangue occulto: positiva ritardata, ma intensa.

Sucessivamente le feci non appaiono più saponacee, ma steatorroiche. Un dosaggio dei grassi in esse (27 Aprile 1938) ha dato: grassi totali gr. 86 %; saponi gr. 4,1 %; acidi grassi gr. 74 %; grassi neutri gr. 8,2 %; indice di Zoja: 20,5.

Con particolare attenzione abbiamo dosata la bilina nelle feci: essa ha presentato una continua riduzione (stria iimite, sec. Riva e Zoia dapprima = 1 : 20) ed attualmente assente.

Succo gastrico dopo colazione di Ewald: quantità assai scarsa con residui alimentari ben chimificati. Acido cloridrico libero assente; acidità totale: cc. 2,08 di soda n/10; acido lattico presente in lieve quantità. Ricerca del sangue: positiva; della bile: negativa; del muco: positiva. All'esame microscopico nulla di notevole. Cutireazione alla v. Pirquet: negativa. R. W. negativa; R. Meinicke T. e R. M. K. negative. Azotemia gr. 0,48 ‰ in urea. Reazione di Hijmans van den Berg diretta ed indiretta positive intense. Dosaggio della bilirubinemia, sec. Enriquez e Sivò: mmgr. 31,32 %. Potere diastasico secondo Wolhghemuth: nel sangue 16 U. D. per cc.; nelle urine 32 U. D. per cc.; nelle feci 2 U. D. per cc. Curva glicemica da carico (glucosio per os. gr. 50) dosaggio secondo Hagedorn-Jensen: glicemia a digiuno: gr. 1,11 ‰; dopo 30 min.: gr. 1,26 ‰; dopo un'ora: gr. 1,53 ‰; dopo due ore: gr. 1,58 ‰; dopo 3 ore: gr. 149 ‰; glicosuria assente. Prove emogeniche negative. Resistenze globulari normali.

*
* *

Prima di addentrarci nella discussione diagnostica, rileviamo i dati più importanti dell'anamnesi e dell'obbiettività.

Richiamo la vostra attenzione sui disturbi presentati dalla p. nel Novembre scorso, caratterizzati da senso di peso post-prandiale alla regione epigastrica, dolori, vomiti biliari, acidi, due ore dopo i pasti, disappetenza, un senso di astenia ed un dimagramento vieppiù crescente. Ricordo ancora a voi il modo d'insorgenza dell'itterizia a decorso progressivo, diciamo pure cronico. Tenete altresì presente che nel Marzo u. s. questa p. ebbe a soffrire di dolori a tipo di colica alla regione epigastrica con irradiazioni all'ipocondrio di d., accompagnati da un lieve movimento febbrile e talvolta da vomito.

E da parte dell'obiettività: un fegato modicamente ingrandito, di consistenza lievemente superiore alla norma, liscio, dolente; una milza non ingrandita, un versamento addominale iniziale, il notevole aumento della colecisti, le alterazioni del miocardio denunciate dall'esame elettrocardiografico; infine, un ittero, del quale la positività della reazione di H. v. d. Berg diretta, la coluria e la colaluria intense, l'ipolibinia fecale ci indicano la natura meccanica. Questi i dati dell'obbiettività che dovete tenere in maggior conto.

Consideriamo l'ittero: è un ittero così detto viridis, dovuto al depositarsi nel cellulare sot-

tocutaneo di pigmento ed a trasformazione della bilirubina in biliverdina. Non si tratta certamente di un ittero dissociato, poichè ci sono in circolo e nei tessuti pigmenti, sali ed acidi biliari e per i fenomeni colemici ad essi collegati (prurito, brachicardia, albuminuria). Il prurito molto intenso all'inizio, in questi ultimi tempi è diminuito; ciò trova forse spiegazione nel fatto che le terminazioni nervose si adattano all'irritazione prolungata.

La brachicardia, come sapete, è dovuta ad eccitamento bulbare del vago e ad eccitamento dei centri nervosi del miocardio.

L'albuminuria e la cilindruria stanno a dimostrare una lesione renale, dovuta in parte, alla presenza di acidi biliari in circolo.

Dobbiamo prendere in considerazione lo stato soporoso della p., che si ricollega pur esso al notevole patimento della cellula epatica. Non c'è mai stata nella nostra inferma xantopsia, emeralopia, nictalopia, nè altri disturbi visivi degni di nota, che qualche volta possiamo rilevare negli itterici. Non ci sono state manifestazioni emorragiche, quali emorragie retiniche, epistassi, enterorragie.

Le prove emogeniche qui sono state tutte negative.

Da queste considerazioni possiamo giungere ad una prima conclusione: ci troviamo di fronte ad un ittero meccanico.

E veniamo al reperto delle feci.

Trovandoci dinanzi ad un itterico, badate se le feci sono saponacee o grasse, in altre parole, se il Wirsung è pervio o no.

Fra i criterî che ci permettono di affermare, nella pratica clinica, la natura meccanica di un ittero, i più sicuri ed i più classici sono quelli forniti dai caratteri degli escreti: feci quasi completamente prive di pigmenti; urine invece ricche di questi componenti e di sali biliari. Essi dimostrano che vi è una vera derivazione della bile dalle vie biliari verso il sangue con secondaria eliminazione di essi per i reni, unitamente ai sali biliari.

Fino a poco tempo fa le feci della nostra p. erano prevalentemente saponacee, oggi le feci che qui vi mostro sono grigiastre, asciutte, acide, ricche di grassi neutri e povere di saponi. L'importanza di un accurato studio delle feci è stata classicamente dimostrata dalla Scuola del mio maestro prof. Zoja e ribadita in diversi studî eseguiti anche nel mio Istituto.

Nel caso presente, come vi ho già detto, l'indice dello Zoja, che normalmente ha un valore di 1-1,5, è di molto aumentato (20,5).

Orbene, se nel caso nostro, come si è detto, trattasi di ittero meccanico, dov'è e qual'è l'ostacolo che si oppone al normale deflusso della bile verso l'intestino?

Presumiamo che l'ostacolo sia localizzato in corrispondenza delle vie biliari extraepatiche, in base alla notevole intensità della colorazione itterica della cute ed alla minore quantità di stercobilina che affluisce nel duodeno.

Ma in quale punto delle grosse vie biliari dovremo porre l'ostacolo?

Possiamo con molta approssimazione fissare la sede esatta di esso.

Come sapete, ogni qualvolta un impedimento al deflusso della bile nell'intestino sia situato al disotto dell'unione del cistico con l'epatico, cioè nel coledoco, la colecisti dovrà distendersi. Ma perchè la cistifellea diventi palpabile è necessario che le sue pareti non siano ispessite o retratte da processi tumorali od infiammatorî di vecchia data. Condizione necessaria è che la bile possa refluire attraverso il cistico, cioè che questo non sia chiuso, ad es. da un calcolo, e che l'ostacolo stesso non si trovi a livello dello sbocco del cistico, così da impedire non solo l'accesso della bile al coledoco, ma anche al cistico stesso. Queste regole costituiscono la legge di Courvoisier-Terrier.

Nel nostro caso, poichè si palpa la colecisti (la cui parete non deve essere profondamente alterata, essendosi potuta distendere), concludiamo che l'ostacolo è sottocistico.

In caso di ostacolo all'ilo del fegato, si potrà avere non soltanto la compressione delle due radici dell'epatico, ma anche della vena porta, che scorre affiancata ad esse e conseguentemente un'ascite trasudatizia, ma allora la colecisti non sarà ingrandita. L'impedimento potrà inoltre essere circoscritto all'altezza del tratto corrispondente alla testa del pancreas, perchè è noto che il coledoco contrae intimi rapporti con essa, scavandosi una doccia nella sua faccia posteriore; in tal caso, accanto all'itterizia, si avranno feci grasse per la inevitabile compressione del dotto wirsunghiano e conseguente mancato deflusso di succo pancreatico nell'intestino.

Orbene, nella nostra p. abbiamo notato, come si è detto, in un primo momento feci saponacee e solo in questi ultimi giorni i grassi neutri sono in forte aumento.

Possiamo infine pensare a compressione esercitata da linfoghiandole peripancreatiche e periduodenali divenute iperplastiche.

Dopo tali premesse, nel nostro caso dobbiamo ammettere che l'ostacolo si trovi verosimilmente o all'inizio della porzione pancreatica del coledoco od alla sua fine, in corrispondenza della papilla di Vater. Questa sede, infatti, può giustificare l'ittero completo da occlusione, il tumore cistico, l'ascite e la steatorrea, a meno che il dotto del Santorini non funzioni qui in modo vicario, eventualità praticamente molto rara.

Se l'itterizia è quindi nella nostra p. dovuta ad un ostacolo al deflusso della bile, situato nelle vie biliari extraepatiche, al di sotto dello sbocco del cistico, noi ci domandiamo: qual'è la natura del processo morboso che ha causato questa sindrome? La nozione anamnestica di dolori a tipo di colica in corrispondenza dell'ipocondrio destro, associati a febbre, potreb-

be far pensare ad un'*occlusione calcolosa del coledoco* in vicinanza della papilla di Vater.

Se per poco pensate che in caso di una calcolosi coledocica l'intervento operatorio può condurre a guarigione la malata, vi persuaderete quanto grave sia la nostra responsabilità.

Orbene, *pur non potendosi escludere che i dolori accusati dalla p. nel Marzo scorso fossero da riferire ad attacchi di colica epatica per calcolosi*, e tenendo presente che, per quanto raramente, si possono osservare casi di calcolosi con empiema della colecisti, in contrasto con la nota legge di Courvoisier-Terrier, secondo la quale la vescica biliare nell'ittero da calcolosi coledocica, per ispessimento e retrazione della sua parete, in una altissima percentuale di casi (80-90 %) non è più capace di distendersi, ci sentiamo di scartare qui un'occlusione calcolotica del coledoco per varie considerazioni: innanzitutto, perchè l'ittero non si è stabilito bruscamente, come di solito avviene nella chiusura del coledoco per opera di un calcolo; in secondo luogo, nella calcolosi del coledoco si hanno generalmente accessi di dolore violento, crampiforme, localizzato all'epigastrio e l'insorgenza di una febbre alta, preceduta da brivido a carattere intermittente; qui, invece, sono mancate le algie epigastriche e la febbre è stata molto modesta, ed ora è assente.

Dobbiamo infine ricordare che nella nostra paziente manca un tumore di milza e che nella calcolosi coledocica le feci sono saponacee, non grasse, come qui, a meno di ammettere l'associazione di una calcolosi con neoplasia della testa del pancreas o della papilla di Vater, come io stesso ho potuto constatare in alcuni infermi.

Escludiamo senz'altro una *pancreatite cronica itterogena*, perchè la sintomatologia presentata dalla paziente non corrisponde a questa affezione; così pure *processi iperplastici delle ghiandole regionali della testa del pancreas*, di varia natura (leucemia, granuloma sifilitico o tubercolare, linfogranuloma maligno, linfosarcoma, ecc.) per la mancanza di un tumore palpabile nella zona di Chauffard, per il complesso del quadro clinico ed ematologico, per il rilievo della steatorrea.

Scartate tutte le suddette possibilità, dobbiamo necessariamente pensare alla natura neoplastica di questa itterizia meccanica. Restano quindi a considerare: il carcinoma primitivo del coledoco, della testa del pancreas, della papilla di Vater e del duodeno.

Carcinoma del coledoco? Quanto mai primitivo, non secondario, mancando i segni di neoplasia in altri visceri (stomaco, retto, mammella, utero, ecc.).

Potrebbero appoggiare il concetto di tumore del coledoco: l'ittero stabilitosi in un tempo piuttosto breve, per il fatto che il processo neoplastico tende ad infiltrare ad anello la parete del dotto, stenosandolo rapidamente; la cospicua distensione della colecisti, la presenza di sangue occulto nelle feci; d'altra parte, militano contro l'occlusione tumorale, la steatorrea e l'ascite.

Adenocarcinoma della testa del pancreas? Molti dati parlano in suo favore, soprattutto i segni di insufficienza della sua attività funzionale escrina (steatorrea con indice di Zoja molto alto, aumento della diastasemia con diminuzione della diastasi); senonchè questi disturbi possono parlare anche per un carcinoma della papilla di Vater. Ed allora si tratterà *di un cancro primitivo del duodeno con diffusione alla papilla di Vater e fors'anche alla testa del pancreas?* Noi ammettiamo tale possibilità diagnostica, soprattutto in base ad alcuni dati molto significativi, e cioè: precedenza di disturbi gastro-intestinali, precocità e costanza di sangue occulto nelle feci, comparsa tardiva di steatorrea.

L'indagine radiologica milita in nostro favore, in quanto mette in evidenza un'assai sospetta infiltrazione atipica duodenale nel segmento sopravateriano, dove si localizza un'ombra ulcerativa.

Possiamo dunque pensare che il carcinoma, partito dalla mucosa duodenale, si sia poi esteso alla papilla di Vater, al coledoco, alla testa del pancreas, alle ghiandole regionali, giustificando la presenza di ittero, la steatorrea e l'ascite.

Esistono qui metastasi epatiche della cistifellea? La regolarità della superficie del fegato e della colecisti ce le fanno escludere in tali sedi, ma, d'altra parte, non ci sentiamo di negarle sulla faccia inferiore del fegato o sulla parete posteriore della colecisti, in vicinanza del suo fondo; nè di escludere, per gli argomenti esposti, la presenza di calcoli nella vescichetta biliare.

La prognosi, come ben s'intende, è qui infausta e la terapia puramente sintomatica (*).

Il 3 Maggio sono comparsi alla base polmonare di d. numerosi focolai broncopneumonici, con febbre a 39°,1 e l'inferma è venuta a morte il 5 Maggio 1938.

Del referto dell'autopsia, praticata dal Ch.mo collega prof. Cagnetto, trascrivo un breve riassunto.

« Nell'atto di aprire il cavo addominale si nota una tenace aderenza fra il grande omento e le regioni ombellicali e periombellicali. Il peritoneo è sottile, trasparente, liscio.

Nel cavo addominale è contenuto del liquido sieroso, tinto di bile (500 cc. circa).

La vescichetta biliare è fortemente distesa e ritorta con il suo fondo verso l'arcata costale; deborda di circa 3 dita dal bordo inferiore del fegato. Lo stomaco è sottile e verticalmente retratto. In sede di piccolo omento si palpa una massa delle dimensioni di un piccolo arancio, bernoccoluta, dura, lignea, che sposta in alto il piloro e la piccola curvatura. Alla palpazione della colecisti si apprezza un grosso calcolo libero e posteriormente, verso il fondo, si nota un notevole ispessimento della parete colecistica.

Aperto il duodeno in sede, si rileva che subi-

(*) La p. ha continuato a peggiorare: nel periodo terminale si è stabilita un'intolleranza gastrica a qualsiasi alimento.

to al disopra della papilla esiste un'ulcerazione neoplastica, estesa quanto una grossa fava, sopra la quale un'altra piccola ulcera ha un bordo saliente grigio-gialliccio a fondo deterso. Dalla papilla defluisce una gocciolina di bile. Risalendo

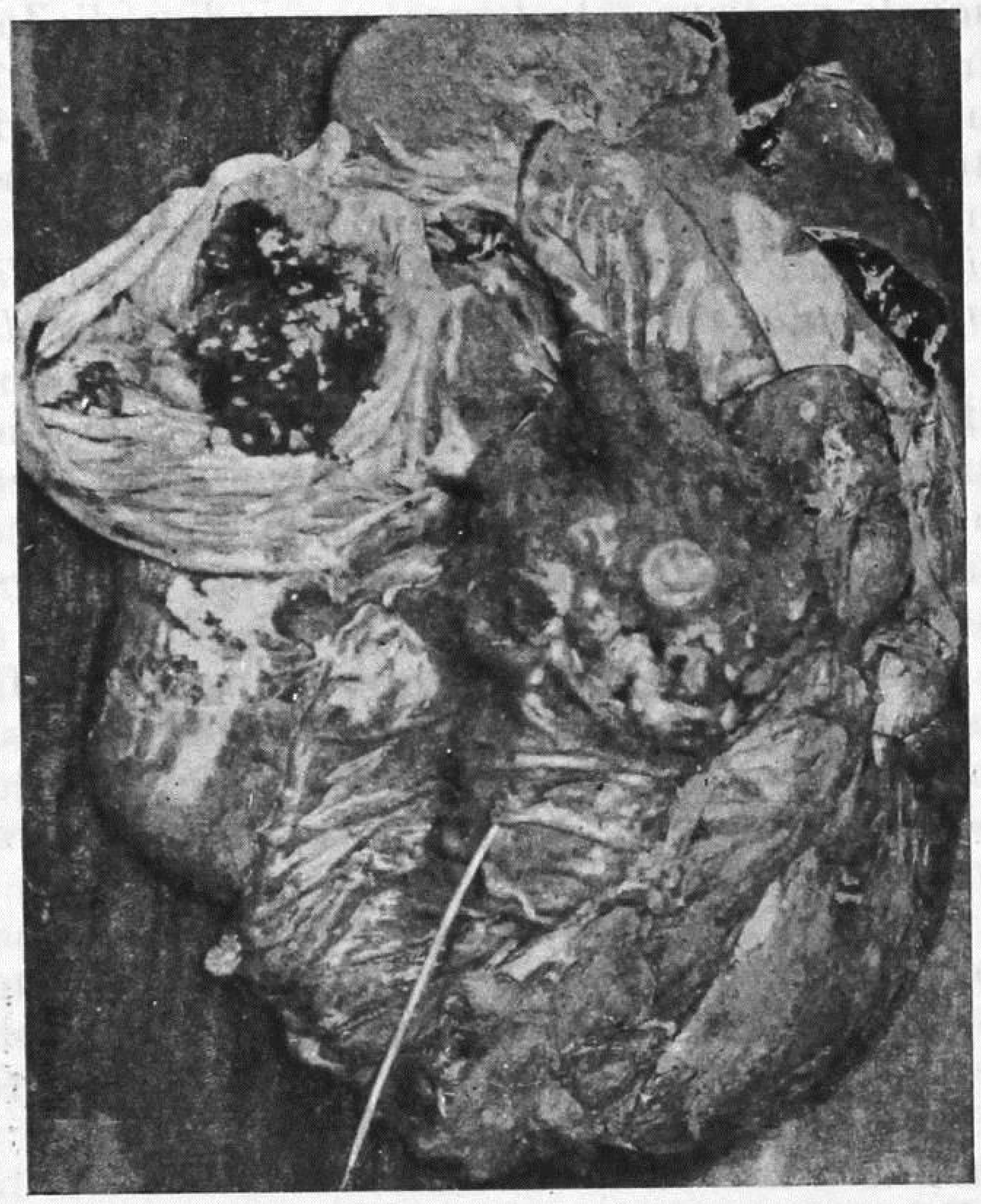


FIG. 2.

con uno specillo verso il fegato, si può percorrere con difficoltà il canale per circa 5 cm. Lo specillo poi si arresta. Aperto il coledoco, si nota che esso è circondato da una massa di aspetto neoplastico, che ne strozza il lume.

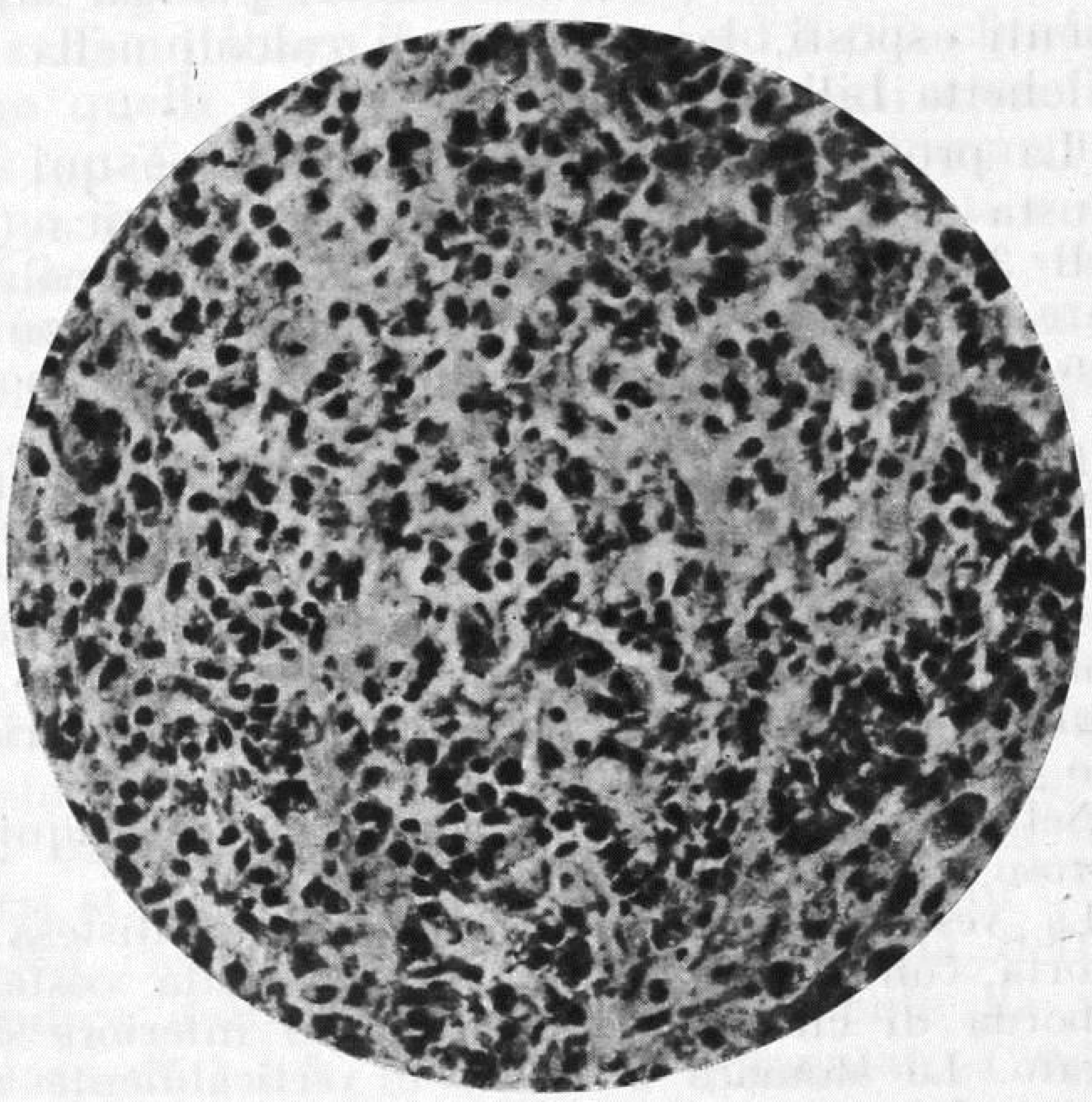


FIG. 3.

Aperta la colecisti, si constata come essa contenga un'enorme quantità di bile filante, con masse di muco in sospensione; nel contenuto si trova un grosso calcolo misto, libero (vedi fig. 2).

La mucosa della colecisti è ispessita e di un colorito biancastro; sulla parete posteriore, in vicinanza del fondo, esiste una massa di aspetto di adenocarcinoma muciparo. Negli spaccati si nota come questa nodosità neoplastica si affonda nel parenchima epatico.

Nell'atto di asportare il fegato insieme al duodeno ed al pancreas, si rileva la presenza di qualche nodetto tumorale sulla faccia inferiore del lobo s. di questo viscere.

Il pancreas, esaminato dopo la rimozione, presenta il corpo e la coda indenni, la testa rimane imprigionata nella massa dei nodi peripancreatici e fa corpo con essi. Sugli spaccati del fegato si apprezzano numerose ed enormi ectasie delle vie biliari.

La milza non deborda dall'arco costale, è piccola, liscia, con capsula picchiettata qua e là di chiazzette bianche per fatti di perisplenite.

Alla base polmonare di d. si notano addensamenti parenchimali di aspetto broncopneumonico con numerose picchiettature emorragiche sottospleniche.

Diagnosi anatomica. — Ulcera neoplastica del duodeno con metastasi nei linfonodi regionali e periportali, nel fegato, nella colecisti e nei reni. Ittero grave da ristagno, con calcolosi (calcolo libero nella colecisti). Emorragie colemiche preagonali multiple, lobulari, basilari, bilaterali dei polmoni. Cachessia e marasma.

Diagnosi microscopica. — *Adenocarcinoma primitivo del duodeno* (v. fig. 3).

RIASSUNTO

L'A. illustra, nei riguardi clinici ed anatomo-patologici, un caso di adenocarcinoma primitivo del duodeno.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO
COMPARTO CHIRURGICO P. MOSCATI
(Primario: Prof. A. MAJOCCHI).

Potenziamento dell'anatossina stafilococcica con la protamina-zinco-insulina.

Dott. SANTE CAMINITI, chirurgo aiuto.

L'uso dell'anastafiloterapia nelle affezioni stafilococciche si va diffondendo anche in Italia, dopo che noi, sulla scorta delle osservazioni di autori stranieri, abbiamo messo in pratica l'applicazione di tale terapia specifica e ne abbiamo comunicato nel febbraio 1936 i risultati nel complesso favorevoli. Sin d'allora, come anche nei lavori successivi, abbiamo fatto presente che il meccanismo di favorevole azione della cura è costituito dalla risposta immunitaria, da parte dell'organismo infetto, allo stimolo antigenico esercitato dal « tossoide » stafilococcico, sia che tale risposta venga interpretata nel senso di una neutralizzazione della tossina batterica ad opera dell'anatossina specifica, sia — più opportunamente — che questa dia luogo alla produzione di anticorpi specifici o comunque stimoli l'elemento tissurale ad acquistare più spiccate capacità difensive. Abbiamo anche indicato gli accorgimenti di tecnica che a nostro avviso sembravano più adatti per ottenere un maggiore risultato terapeutico: somministrazione dell'anatossina a dosi crescenti e protratte, inoculazione di essa nello spessore del derma e sempre nei medesimi punti, associazione del trattamento generale come quello locale, ecc.

Successivamente vari autori italiani (Bentivoglio, Calcinai, Ciantini, Peregallo, Montemartini, Mondolfo, Costantini, Licciardi, Sanarelli, Tangari, Armenio, Scartozzi, Pouchè, Quintavalle, Bardesano) hanno riferito di avere ottenuto con l'anatossivaccinazione stafilococcica dei risultati curativi favorevoli, anche se l'anatossina veniva portata, sotto forma di pomata, a contatto del focolaio infetto.

Le ricerche di Ramon e collaboratori hanno pertanto accertato che l'aggiunta di sostanze specifiche (siero antitossico) e di altre aspecifiche (tapioca, colesterina, lanolina, ecc.) all'antigene anatossinico in genere dava luogo nell'animale a una più abbondante produzione di antitossina.

Allo scopo di rinforzare l'azione immunitaria data dall'anatossina stafilococcica abbiamo creduto opportuno di associare l'anatossina stessa alla protamina-zinco-insulina, e ciò anche nell'intento di equilibrare il metabolismo dei glucidi, che è spesso alterato nei malati di forme stafilococciche.

Il semplice procedimento era costituito delle iniezioni della miscela di 10-15 U. C. di insulina-zinco-protamina (20-30 o più se il soggetto era diabetico) e delle seguenti dosi crescenti di anastafilotossina: cc. 0,20, 0,40, 0,70, 1, 1,50, 2. Ad evitare eventuali effetti ipoglicemici si consigliava all'ammalato, non notoriamente diabetico, di ingerire dell'acqua zuccherata nelle dodici ore che seguivano l'iniezione, sebbene sia noto che il riassorbimento lento e graduale della protamina-zinco-insulina determina un abbassamento altrettanto lento e prolungato del tasso glicemico e quindi di massima mette al riparo delle possibili reazioni ipoglicemiche.

Previo saggio sugli animali per studiare gli effetti locali e generali delle sostanze associate, abbiamo adoperato tale sistema curativo in 22 casi di forme stafilococciche varie (pazienti di età superiore ai 15 anni): i risultati ottenuti meritano di essere resi pubblici, perchè sono stati nettamente superiori a quelli dati dall'uso della sola anatossina. Dirò di essi per sommi capi in questa breve nota.

Anzitutto i fenomeni reattivi locali al punto di iniezione (arrossamento, edema, dolenzia) sono molto meno pronunziati con l'uso dell'anatossina associata con la protamino-zinco-insulina, anzichè con la sola anatossina; come pure i disturbi generali (febbre, cefalea, malessere, ecc.) sono meno evidenti, mentre non diversificano le modificazioni reattive del focolaio infetto.

Non si è avuta per altro l'impressione che il composto anatossina-insulina influisca sul titolo antitossico e sulle varie manifestazioni di risposta organica, diversamente da quanto è determinato dall'uso della sola anatossina, se si eccettua forse un maggiore aumento delle opsonine nel primo caso. Tuttavia le prove sierologiche, ripetute a varia distanza di tempo dopo le iniezioni, dimostravano che l'azione immunizzante è più duratura se all'anatossina viene aggiunta la protamina-zinco-insulina.

Però l'azione vantaggiosa del nuovo procedimento associativo è molto più evidente negli effetti clinici, in quanto abbiamo osservato dopo tale trattamento una più sollecita regressione dei fenomeni congestizi ed essudativi nel focolaio infetto, un netto miglioramento dello stato generale e una guarigione più rapida. In alcuni ammalati, nei quali le prime iniezioni di anastafilotossina non avevano apportato un miglioramento sensibile della flogosi stafilo-

coccica, questo si è avuto rapido dopo il trattamento con anatossina + insulina.

A che cosa si possono attribuire i più tangibili effetti del nuovo procedimento? Non avendo elementi probativi per pronunciarci in merito, ci asteniamo dall'avanzare spiegazioni o ipotesi concrete. Ci limitiamo soltanto ad esprimere la supposizione che i migliori risultati ottenuti siano in rapporto, da una parte, con una maggiore durata dello stimolo antigenico esercitato dall'anatossina, e quindi con un'azione immunitaria più prolungata dopo ogni iniezione, e dall'altra dall'azione glico-regolatrice dell'insulina, che già nelle forme settiche è stata sperimentata con successo. Probabimente anche il potere antiallergico ne viene rinforzato.

In conclusione i vantaggi terapeutici dati dall'associazione dell'anatossina stafilococcica con la protamina-zinco-insulina, in confronto della somministrazione di sola anatossina, si possono così riassumere:

1) azione immunitaria più spiccata e risultati clinici immediati più evidenti;

2) maggiore durata dello stimolo antigenico e, di conseguenza, immunizzazione più prolungata dell'organismo infetto;

3) insorgenza di fenomeni reattivi generali e locali meno intensi dopo l'introduzione del composto immunizzante;

4) maggiore tolleranza del quantitativo di anatossina e quindi possibilità di iniettarne dosi più alte;

5) regolazione del metabolismo dei glucidi, ad opera dell'insulina-zinco-protamina, con conseguente miglioramento dello stato generale e attivazione dei poteri difensivi dell'organismo;

6) possibilità di unificare il trattamento nei soggetti diabetici.

RIASSUNTO.

L'A., dopo aver esposto i risultati clinici e immunologici conseguiti con l'uso dell'anatossina stafilococcica associata alla protamina-zinco-insulina, i quali sono stati superiori a quelli ottenuti con l'impiego di sola anatossina, ne consiglia l'applicazione nelle affezioni stafilococciche per gli effettivi vantaggi che derivano da tale associazione.

BIBLIOGRAFIA.

ARMENIO O. A. Riv. di Biot. e Immunol., 2, ottobre 1938.
BARDESANO G. Terapia, maggio 1939.
CALCINAI M. Boll .Ist. Sier. Milanese, 1935.
CAMINITI S. Atti e mem. Soc. Lomb. di Chirurgia, 5, febbraio 1936.
ID. Riv. It. di Terapia, 9, 1936.
ID. Terapia, giugno 1937.
CIANTINI F. Terapia, 1938.
COSTANTINI A. La Clinica, 3, 1937.
GIARDINO e MONDOLFO. Ospedale Maggiore, 2, 1938.
LICCIARDI S. *Gli anavaccini*. Opera Medica ed. da A. Wassermann.
MONDOLFO U. Rev. Immunol., 2, 1938.
MONTEMARTINI G. e MONDOLFO U. Minerva Medica, 45, novembre 1938.
PEREGALLO. Boll. Ist. Sier. Milanese, ottobre 1937.
POUCHÈ A. Terapia, dicembre 1938.
QUINTAVALLE C. Riv. di Biot. e Immunol., 3, dicembre 1938.
RADICI G. Boll. Ist. Sier. Milanese, maggio 1939.
RAMON G., BONNET H., NÈLIS P., RICHOU R. e THIEFFRY. S. C. R. Soc. de Biologie, 22 giugno 1935.
RAMON G. e LEMÉTAYER T. C. R. Accad. des Sc., 6 maggio 1935.
SANARELLI. Rass. Clinico-Scientifica, 1937.
SCARTOZZI C. Bol. e mem. Soc. Piem. di Chirurgia, 8, 1938.
TANGARI. Riforma Medica, 9, 1938.

OSSERVAZIONI CLINICHE

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI BARI
Direttore: prof. VINCENZO JURA

Appendice a impianto anomalo.

Dott. MARINO VALFREDO, aiuto volontario.

L'appendice vermiforme, organo rudimentale, è tra i più variabili che esistano nel corpo umano come morfologia e posizione.

La sua grande importanza nella patologia umana per la sua alta morbilità ha fatto sì che siano del più grande interesse tutti i dati riguardanti la sua situazione, la sua forma e i suoi rapporti e tutte le variazioni che essi hanno perchè queste conoscenze saranno utili al chirurgo sia per la diagnosi e specialmente per la terapia.

Si sa che normalmente l'appendice è un piccolo tubo cilindrico che s'impianta nella parte inferiore del cieco, è di lunghezza variabile; può avere una lunghezza abnormemente grande (24 cm.) o essere cortissima (2 cm.). Può anche mancare completamente (casi di Sindomi, Longot, Richon, Baricci) od essere sostituita da un tubercolo sporgente. Vi sono casi di doppia appendice (casi di Clavel e Colson, Duthil, Pratt, Greig) o ancora casi di doppio impianto dell'appendice nel cieco (caso di Piraja).

Primitivamente l'appendice nel feto s'impianta sull'apice dell'ampolla cecale; più tardi, in seguito allo sviluppo considerevole che

va prendendo la parete antero-esterna del cieco il fondo dell'ampolla è formato quasi tutto da questa parete e il punto d'impianto si trova spostato in alto medialmente e alquanto indietro. Esso è quindi prima inferiore poi mediale. Tale impianto è collocato a duetre cm. inferiormente all'angolo ileo-cecale là dove convergono le tre tenie cecali.

Secondo una statistica di Fissanowitsch su cento bambini l'appendice si origina dall'apice del ceco nel 29 %, dal fondo arcuato di esso nel 3 %, dal margine interno nel 61 % dalla parete posteriore-mediale nel 3 %, nell'angolo ileo-cecale nel 4 %.

L'appendice può originarsi dal ceco in modo netto così che riesce facile il determinare dove termina il ceco e dove comincia l'appendice, mentre altre volte la distinzione è difficile avendo il ceco in fondo la forma di un cono che si continua insensibilmente a imbuto nell'appendice. In questi casi il ceco è divisibile in due parti, una prossimale e una distale preappendicolare. A quest'ultima che rappresenta, come vedremo, una permanenza di conformazione fetale, è stato dato dal Lovisatti il nome di antrocecale. Il Lovisatti stesso ha proposta una classificazione morfologica del segmento ceco appendicolare: egli ha distinto 5 tipi morfologici:

1) ceco infundibolare (cioè ceco a forma d'imbuto che si continua insensibilmente con l'appendice: forma fetale);

2) ceco ad ampolla con impianto dell'appendice sul fondo;

3) ceco con sviluppo preponderante della parete antero-esterna (tipo più frequente);

La seconda e terza varietà sono da lui divise in due sottogruppi a seconda che lo sbocco dell'appendice è cilindrico o svasato.

La situazione e la direzione dell'appendice sono variabilissime: per lo più si trova nella fossa iliaca destra nella metà interna; la direzione può essere: ascendente, discendente, laterale o mediale.

L'appendice può però anche essere sottoperitoneale come può trovarsi per anomalia di sviluppo a sede sottoepatica o mediana o anche a sinistra, per lo scarso sviluppo del ceco e l'assenza dell'ascendente nel primo caso; quando si ha un mesenterium commune nel secondo caso; e nel 5° caso quando si ha un « situs viscerum inversus ».

Anche la forma dell'appendice varia: a prescindere da variazioni dovute a processi patologici (flogosi, tumori ecc.) vi sono casi di appendice con diverticoli (casi di Jubert, Mosinger e Imbert, Dejardin) che possono esser sede di ulcere, come abbiamo già ricordati i casi di assenza e di duplicità dell'appendice.

*

Ci è parso utile illustrare un caso occorso alla nostra osservazione di recente. Si tratta di una paziente operata dal prof. Jura in questo istituto per appendicite acuta e in cui è stata riscontrata una anomalia del modo d'impiantarsi dell'appendice e della situazione che è assai raro.

Riportiamo brevemente la storia clinica e il reperto operatorio di questo caso:

M. L. di anni 27, da Gioia del Colle, ricamatrice, nubile.

Nulla di notevole nell'a. familiare e nell'a. personale remota.

Sette anni fa la p. soffrì di dolori addominali diffusi senza vomito nè febbre ma con diarrea che durarono quindici giorni e poi scomparvero.

Otto giorni prima dell'ingresso in Istituto; la paziente fu colta da dolori improvvisi violenti al quadrante inferiore destro dell'addome, vomito ripetuto, l'alvo si chiuse per le feci e i gas.

Iniziò febbre alta che durò sino all'ingresso in clinica.

Ricoverata, in reparto, fu fatta diagnosi di appendicite acuta e operata dopo quindici giorni dopo che era scomparso ogni segno di flogosi.

All'atto operativo praticato in narcosi eterea si trovò che i ceco era fortemente aderente; mobilizzato il ceco e l'ultima ansa del tenue non si trovò l'appendice in sede normale ma si vide che questa originatasi dalla faccia anteriore del ceco in vicinanza del margine esterno si dirigeva in basso e medialmente verso l'angolo inferiore ileocecale solcando l'ampolla cecale profondamente così che questa pareva divisa in due.

Là dove si originava l'appendice confluivano come di solito le tre tenie.

Asportata l'appendice si terminò rapidamente l'intervento.

Come spiegare l'anomalia riscontrata?

È noto che l'appendice e il ceco si originano da un unico tubo in origine di calibro uniforme che è dovuto a un'evaginazione del tubo intestinale primitivo: in seguito mentre la parte prossimale di questa evaginazione aumenta sempre più di calibro formando il ceco la parte distale rimane di piccolo calibro e forma l'appendice. In questo stadio di sviluppo l'appendice si trova all'apice del ceco che ha la forma di un imbuto.

In seguito per lo sviluppo preponderante della parete anteroesterna del ceco il punto d'impianto dell'appendice si sposta sempre più in alto medialmente e un po' in dietro così da occupare la posizione che ha di solito normalmente. Se questo movimento si arresta a un grado più o meno precoce si avranno le varietà già ricordate (vedi statistica di Fissanowitsch). Qui però non si tratta di un arresto a un dato punto di questo processo ma di una

inversione di esso: infatti in questo caso per uno sviluppo preponderante della parete postero-interna del ceco si è avuto uno spostamento del punto di impianto appendicolare in avanti in alto e all'esterno. Dal punto di vista pratico vi è da notare che anche in questo caso l'appendice si inseriva là dove confluiscono le tre tenie e che, anche in questo caso, seguendo una delle tenie verso il basso si riuscì a trovare l'appendice.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di appendice a impianto anomalo (punto di impianto nella faccia anteriore vicino al margine esterno) e mette in rilievo l'importanza clinica, la rarità del caso ed ha la interpretazione più plausibile della causa della anomalia.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre la numerosissima bibliografia sull'argomento esistente nell'Anatomia Umana del Testut e nel « Trattato di Chirurgia » del Bergam vedi i seguenti lavori.

BARICCI. *Sull'aplasia congenita del processo vermiforme*. Atti R. Acc. Fisiocr. Siena Ser. 11, 1, pag. 7, Siena 1933.

BELARDINELLI. *Ipoevolutismo e iperevolutismo. Semiotopografia biotipologica ceco-appendicolare*. Riforma Medica, 46, p. 1343-54; 1930.

CLAVEL e COLSON. *Studi sull'appendice doppia*. Ann. d'Anat. Pat., 11, p. 157, n. 2, feb. 1934.

CLAVEL e COLSON. *Un cas indubitable d'appendice double*. Lion Chirurgical, 30°, n. 2, pag. 174, 1933.

DEJARDIN. *Diverticulite appendiculaire*. Journ. de l'Hôtel-Dieu de Montr., II, n. 3, 5-6, pag. 164, 1933.

DUTHIL. *L'appendice double. Etude anat. et signif. morph.* Thése de Lyon, n. 134, 1932-33. Lyon: Bosch et Riou.

FISSANOWITSCH. *Typen und alters Anatomie des Caecum und der Appendix, bei Sauglings, und deren Bedeutung in der Pathogenese der Appendicitis*. Sowiet Ped. 4-18-24, 1935.

GREIG. *Processus vermiformis duplex*. Edimburg Med. Journ., n. sér. 41, n. 4, pag. 277, 1934.

IMBERT. *Les diverticules de l'appendice*. Provence Méd., n. 1, 15, 3, pag. 88, 1933.

LATARJET, CLAVEL e DARGEN. *Osservazione su di un caso di appendice laterocecale esterna*. Ann. Anat. Path., 10, n. 5, pag. 561, 70, 1933.

LOUYOT, RICHON e LACOURT. *Absence congénitale d'appendice caecal chez un faetus hérédosyphilitique*. Le Nourisson, Paris A. 23, n. 2, pag. 101, marzo 1935.

LONGHITANO. *La morfologia e la patologia dell'appendice vermiforme*. Milano, A. Cordani, 1930.

LOVISATTI. *Note di morfologia del ceco*. Radiologia Medica, vol. 18, f. 4, 1931.

ID. *Sopra l'antro del ceco*. Atti del X Congresso di rad. med. 1932.

MELTZER. *Die organische Struktur der normalen und entzündeten Append*. Arch. für Klin. Chir., 173, Kogr. Ber. 31-3, pag. 124, 273, 1932.

MOSINGER et IMBERT. *Sur un cas de diverticule de l'appendice à forme tumorale*. Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir., Paris 59, n. 18, 1933.

PIRAJA. *Appendice cecal com dupla implantaçao*. Ann. Paul. de Med. e Chir., 27, n. 3, pag. 233, 1934.

PRATT. *Double app. assoc. with other cong anomalies*. Amer. Journ. Dis. of Chil., n. 45, f. 6, pag. 263, 1933.

RABBONI. *Posizione e rapporti del ceco e dell'app. nell'uomo*. Boll. Soc. Sc. Nat. ed Ec., Palermo 15, 1934.

SINDOMI. *Sopra un caso di assenza totale dell'app. verm. e criptorchidia monolaterale*, Rinasc. Med. 10, n. 4, 15 2, pag. 86, 1933.

SUNTI E RASSEGNE

SEMEIOTICA.

Ricerche recenti nel campo della ascoltazione.

(G. LANDES. *Klin. Wochenschr.*, 20 luglio 1939).

Per mezzo di adatti microfoni, amplificatori ed oscillografi è possibile ottenere una esatta registrazione dei rumori respiratori. Le curve ottenute hanno un decorso piuttosto irregolare, non è possibile riconoscere alcun regolare ritorno di segmenti eguali: così anche fisicamente questi fenomeni sonori si manifestano come rumori. Una tecnica particolare permette una analisi più accurata dei fenomeni sonori importanti per il medico, si può ottenere un vero spettro sonoro. Questa analisi dimostra che il respiro vescicolare presenta nella inspirazione vibrazioni di frequenza tra i 100 e i 1600 Hz (1 Hz = 1 Herz = 1 vibrazione per secondo). La massima ampiezza si ha nelle vibrazioni profonde (100-300 Hz); passando alle vibrazioni di maggior frequenza, la forza diminuisce progressivamente e rapidamente tanto da cadere verso le 1600 ad 1/1000 del suo valore massimo. La espirazione si compone soprattutto di toni profondi sui 100 Hz e non ha componenti superiori ai 600 Hz. Nel respiro bronchiale la massima ampiezza si osserva per le vibrazioni di 2000-4000 Hz; le frequenze basse sono presenti solo con piccola intensità. Per lo più non esistono differenze tra lo spettro in- e quello espiratorio. Forme di passaggio tra il respiro vescicolare e il bronchiale, sono il respiro aspro e i respiri broncovescicolare basso ed alto. Nel respiro aspro la inspirazione presenta frequenze di circa 100-1600 Hz, a differenza dal respiro vescicolare vi è però un rafforzamento nella zona tra i 200 e i 1200 Hz. La espirazione presenta, a differenza dal respiro normale, una maggiore partecipazione di toni più alti. Nel respiro bronco-vescicolare basso il limite superiore è spostato verso le frequenze maggiori, fino ai

2400 Hz; è inoltre evidente una netta cuspide nella zona sui 300 Hz. Nel respiro bronco-vescicolare alto i toni più bassi sono meno evidenti, l'ampiezza massima si ha sui 300 Hz, una seconda cuspide si osserva nella zona delle vibrazioni sui 1200 Hz. Fin sopra i 3000 Hz si hanno ancora vibrazioni di piccola ampiezza. Nei due tipi di respiro bronco-vescicolare la espirazione presenta per lo più lo stesso spettro come la inspirazione. Sono però frequenti anche forme di passaggio tra i tre gruppi di respiro anormale ora trattati, forme in cui la espirazione ha già assunto il tipo del rumore successivo. Confronti tra lo spettro registrato e le percezioni uditive dell'orecchio dimostrano che questo nel respiro vescicolare avverte come più forti le frequenze di 200-400 Hz. Mentre le vibrazioni obbiettivamente più forti si hanno nella zona di 100-200 Hz. Nel respiro bronco-vescicolare alto l'orecchio avverte con eguale intensità il cuspide relativamente piccolo della zona sui 1000 Hz e le frequenze profonde che obbiettivamente sono molto più forti. P.

Importanza del segno della " zona silenziosa sopraminimale „ nella diagnosi di stenosi aortica pura o associata a insufficienza aortica.

(C. LIAN e P. GEISMAR. *La Presse méd.*, 22 luglio 1939).

Uno dei punti capitali dell'interpretazione di un soffio sistolico sul focolaio aortico consiste nel precisare se esso è legato o no a stenosi aortica. Il problema si deve risolvere tanto se si ha un soffio sistolico isolato che un doppio soffio della base.

In tutt'e due i casi si deve sempre risolvere questi tre quesiti: 1) se il soffio è dovuto a stenosi aortica; 2) se è dovuto a un'aortite; 3) se è anorganico tanto se si tratti di soggetto a cuore sano quanto di soggetto con insufficienza aortica.

Certamente nell'insufficienza aortica pura di origine reumatica c'è molto spesso un soffio sistolico sull'aorta. Classicamente si considera come un soffio extracardiaco, cardiopolmonare.

Secondo gli AA. ha origine dall'orificio ed è legato al semplice eretismo cardiaco e si spiega coll'ingresso brusco di sangue nell'aorta dove si ha pressione bassa.

L'importanza della precisazione diagnostica, se cioè esista o no una stenosi aortica è importante, perchè l'associazione insufficienza e stenosi è di regola dovuta all'endocardite reumatica, mentre esclude la diagnosi di aortite sifilitica.

Colla sfigmomanometria gli AA. hanno trovato un segno nuovo, che essi chiamano « zona silenziosa sopraminimale » che ha valore diagnostico preciso. Per comprendere di che cosa si tratti bisogna ricordare il fenomeno del « buco ascoltatorio » descritto da Gallavardin e Tixier che consiste in un'estinzione dei rumori arteriosi nella fase di decompressione del bracciale sfigmomanometrico. Questo « buco » può essere situato in vicinanza della massima (buco superiore), della media (buco medio) e della minima (buco inferiore). Questo fenomeno si ha nelle aortiti, nell'ipertensione arteriosa, nell'insufficienza ventricolare sinistra, nella stenosi aortica pura o associata a insufficienza, nell'insufficienza aortica pura, ecc.

Il tipo di « buco ascoltatorio » che ha valore diagnostico ha due caratteristiche: è situato al disopra della minima e, mentre il buco ascoltatorio è di solito posto fra due tronchi sonori (cioè si ascoltano i rumori prima e dopo il buco), questo buco ascoltatorio non è posto fra due tronchi sonori, perchè una volta scomparsi i rumori arteriosi essi non ricompaiono più.

Praticamente, per dare valore alla « zona silenziosa sopraminimale » bisogna che essa sia estesa per parecchi centimetri dell'oscillometro.

Questo segno è caratteristico della stenosi aortica pura e più ancora della stenosi aortica in soggetto con insufficienza aortica. L.

PATOLOGIA GENERALE.

Contributo allo studio dei fenomeni emorragici.

(A. ALECHINSKY. *Annales de l'Inst. Pasteur*, 63, 1° luglio 1939).

È noto come numerose infezioni si complichino con fenomeni emorragici la cui patogenesi non è del tutto chiarita.

Merito del Sanarelli è di avere per primo (1894) descritto il fenomeno che va sotto il suo nome, consistente nel fatto che mentre una prima iniezione endovenosa di filtrato di brodocultura di vibrione colerico è nel coniglio ben sopportata, una seconda iniezione endovenosa di un germe che può anche non essere il medesimo, porta rapidamente l'animale all'algidità e alla morte.

Nel 1927 Shwartzman osservò che se si inietta nella pelle di un coniglio un po' di filtrato di brodocultura di b. tifico non si osserva nulla di notevole, ma se 24 h. dopo un po' del filtrato è introdotto per via endovenosa, nel punto della prima inoculazione compare una macchia emorragica.

Fu osservato anche che lo stesso fenomeno si aveva se la prima iniezione era praticata in un viscere qualsiasi.

Si tratta per questi osservati da Sanarelli e da Shwartzman di due fenomeni identici?

Le analogie sono numerose, per la tecnica usata, per i sintomi, per gli animali di scelta, ecc., ma esistono differenze quali la diversa

via usata per la prima iniezione e per il carattere diverso delle emorragie, generale nell'uno, locale nell'altro.

L'A. è riuscito ad ottenere un fenomeno completo (cutaneo e viscerale) arrestando la circolazione in un orecchio di coniglio e introducendovi per via venosa un po' di filtrato di brodo cultura b. coli.

Dopo 4-6 h. si toglie la compressione e 24 h. dopo si inietta un po' dello stesso filtrato nella vena marginale dell'orecchio opposto. Si osserverà così, dopo qualche ora, una vasta suffusione purpurica nell'orecchio preparato.

Se ancora dopo 24 h. si esegue una seconda iniezione scatenante, l'animale muore con un quadro tipo Sanarelli.

Ciò prova sufficentemente l'unitarietà dei due fenomeni in questione, dovuti ambedue alla reattività vascolare, e precisamente nel fenomeno di Shwartzman dei vasi cutanei, nell'altro dei vasi viscerali.

Quali sono i rapporti di questi fenomeni con l'anafilassi? Mentre alcuni AA. parlano senz'altro di « allergia emorragica », altri sono di parere contrario, a meno di voler dare all'allergia un significato molto poco definito.

È da tener presente che il siero di cavallo non può in questi casi fungere da antigene; manca d'altronde ogni specificità di antigene; i fenomeni non si realizzano per via passiva. Però in animali anafilattizzati il fenomeno di Shwartzman può apparire se l'iniezione scatenante sia fatta con l'aiuto di un filtrato microbico, che condiziona i fenomeni emorragici. Non si tratta, si badi bene, di una reazione tipo Arthus, per le molteplici differenze, fra cui la negatività della trasmissione col metodo di Prausnitz.

Tutto il meccanismo patogenetico è nella lesione tossinica dell'endotelio vasale locale per il fen. di San., dell'endotelio capillare e del parenchima per l'altro fenomeno. Così se l'iniezione preparante è fatta direttamente con una cultura, l'iniezione scatenante agisce anche se eseguita sottocute.

La sostanza attiva dei filtrati delle culture è l'endotossina microbica, però l'esotossina può agire anche da iniezione preparante. Questo è dimostrato dall'A. che si è servito di tossine purificate col metodo di Boivin e Mesroheanu.

L'A. ha poi studiato accuratamente le lesioni istologiche di tali reazioni.

Per l'iniezione preparante esse consistono principalmente in edema del derma, trombosi venose, infiltrazione polinucleare dell'endotelio, eosinofilia ecc.

Per l'iniezione scatenante nella pelle è caratteristica l'infiltrazione ematica. Non lesioni endoteliali, notevole infarcimento leucocitario.

I gangli linfatici si mostrano ingrossati, a causa di una notevole infiltrazione ematica e monocitaria.

I polmoni hanno aspetto emorragico, la parete alveolare è alterata, l'infiltrazione infiammatoria scarsa.

Il fegato mostra, in particolare, profonde alterazioni con zone necrotiche e infiltrazione cellulare (eosinofilia!), alterazioni degli endoteli vasali ecc.

Nei reni le lesioni sono localizzate nella zona corticale, con dilatazione dei capillari e infarcimento ematico. SIBILIA.

REUMATISMO.

Diagnosi e cura del reumatismo articolare cronico.

(F. D. HOWITT. *Practitioner*, settembre 1939).

Il reumatismo articolare cronico assume le seguenti forme:

1) Artrite reumatoide: *a*) primaria; *b*) infettiva.

12) Osteoartrite: *a*) senile; *b*) traumatica; *c*) climaterica.

3) Gotta.

L'*artrite reumatica primaria*, artrite atrofica primaria o artrite proliferativa più che ad infezioni sembra dovuta ad alterazioni del ricambio materiale. Si verifica con maggiore frequenza nelle donne, le quali presentano una speciale costituzione. Si tratta di donne che hanno avuta una fanciullezza fragile e con tendenza a tutte le affezioni della gioventù. È particolarmente caratteristico di queste pazienti l'astenia, il facile esaurimento, la disattenzione l'irritabilità. Hanno un apparato vasomotore instabile così che sono facilmente suscettibili al freddo, non tollerano i bagni di mare, vanno facilmente soggette ai geloni ed anche a manifestazioni delle estremità analoghe a quelle del morbo di Raynaud. Sono esili, talvolta poco sviluppate, soggette a crampi ed anche a vaghi dolori muscolari. Se l'esame si pratica prima dell'inizio dei fatti articolari è facile riscontrare: scarsezza di appetito, tachicardia, ipotensione, lieve ipertermia, iperidrosi delle mani e dei piedi, dermografismo, tremori, nervosismo, perdita di peso, e grado estremo di esauribilità. Su questo fondo di iperattività delle glandule endocrine del gruppo catabolico a seguito di vari fattori determinanti (raffreddamento, eccesso di lavoro fisico e mentale, gravidanza e forse anche infezioni) si sviluppano le alterazioni articolari con gonfiore fusiforme, simmetrico, doloroso per lo più a carico delle articolazioni interfalangee, del pugno, del gomito, del ginocchio e di altre articolazioni. Il decorso della malattia non è continuo; spesso si hanno accalmie più o meno lunghe e ricomparsa dello stesso quadro morboso più o meno accentuato a seguito di cause diverse. Prima che si manifestino le lesioni articolari appare l'atrofia muscolare specie a carico degli estensori, il che dà ragione delle

caratteristiche deformità in flessione degli ultimi stadi della malattia.

Fin dall'inizio dell'affezione all'esame radiologico si nota osteoporosi seguita da distruzione delle cartilagini, ossia un reperto simile a quello che si ha nell'ipertiroidismo e nei tumori della paratiroide. Solo nello stadio avanzato e cronico si apprezzano danni intrarticolari con distruzione delle ossa e delle cartilagini, donde anchilosi e sublussazioni delle articolazioni.

Altri reperti importanti sono: la vasocostrizione capillare con la conseguente riduzione dell'assorbimento da parte dei tessuti; il contenuto presso che uguale di glucosio nel sangue arterioso e venoso ed anche un maggiore contenuto nel sangue venoso, il che prova che i muscoli non utilizzano tutto il glucosio circolante; l'aumento della velocità di sedimentazione che è la più alta in confronto di quella di tutte le altre forme di reumatismo.

Il trattamento consiste essenzialmente nel riposo e a letto nelle forme più gravi accompagnate da ipertermia.

La dieta deve essere abbondante (almeno 2500 calorie), e per stimolare l'appetito, che è sempre scarso, giova l'insulina: 5-10 unità prima dei due pasti principali, o 15 unità una sola volta al giorno seguite immediatamente dall'ingestione di una limonata con 60 gr. di glucosio o da un bicchiere di latte. La dieta deve essere ricca di grassi, ma la quantità di proteine deve rimanere proporzionalmente inalterata e la carne non è controindicata.

L'*artrite cronica infettiva* o artrite atrofica secondaria segue insidiosamente ad un'artrite infettiva acuta o subacuta di natura gonococcica o in rapporto a foco infetto. Colpisce egualmente individui di ambo i sessi e di tutte le età. I sintomi generali consistono soprattutto in uno stato di astenia, che può precedere le manifestazioni articolari. Mancano la perdita di peso, l'inappetenza e tutti i sintomi premunitori caratteristici dell'artrite reumatoide.

Sono colpite per lo più le piccole articolazioni, il polso più che le dita; le lesioni non sono simmetriche.

Le articolazioni colpite sono dolenti spontaneamente e nei movimenti più che nell'artrite reumatoide, l'edema è più diffuso, l'atrofia muscolare è meno marcata e limitata ai muscoli più vicini all'articolazione ed in conseguenza della mancanza di uso.

Non c'è anemia ma notevole leucocitosi, la velocità di sedimentazione meno accentuata che nella forma reumatoide, la glicemia arteriosa e venosa è normale.

Radiologicamente si nota una rarefazione del calcio dell'epifisi in vicinanza delle articolazioni affette.

L'esistenza di foci (carie dentarie, sinusiti, colecistite) non prova che l'artrite sia dipendente da essi. È più probabile che sia le artriti che le altre manifestazioni infettive siano simultaneamente l'espressione di un'infezione generale. Sta di fatto che l'eliminazione dell'eventuale foco non sempre fa scomparire l'artrite e talvolta l'aggrava. Non è stata accertata l'esistenza di un microrganismo specifico.

Sembra che l'artrite infettiva secondaria sia una reazione allergica ad un antigene secondario prodotto nei tessuti dai batteri o direttamente da questi. La sensibilizzazione sarebbe progressiva o capace di recrudescenze periodiche per tutta la vita.

Questa forma si cura con l'eliminazione dell'eventuale foco infetto, con l'autovaccino o con la proteinoterapia non specifica. Buoni risultati possono dare i preparati di oro. Negli stadi avanzati giova la terapia fisica intesa a correggere le eventuali deformità ed a mobilizzare le articolazioni.

L'*osteoartrite senile o degenerativa* si manifesta in età avanzata, sempre dopo la maturità e colpisce di solito individui robusti e apparentemente sani. Tuttavia nell'anamnesi è frequente riscontrare attacchi ricorrenti di fibrosite, lombaggine, transitori intirizzimenti a seguito di sforzi o di esposizione all'umidità e alle correnti d'aria, e neuriti.

L'inizio è insidioso e l'attenzione del paziente è richiamata dapprima dal dolore localizzato alle articolazioni che sono più a lungo sottoposte a sforzi. In queste articolazioni il processo degenerativo è di solito più progredito quantunque l'esame radiografico metta in evidenza lesioni simili in altre articolazioni. Nelle articolazioni interfalangee terminali sono frequenti i nodi Heberden.

Come fattori causali sono stati imputati l'eredità, le infezioni, l'arteriosclerosi, la stipsi cronica, gli errori dietetici, ma in effetti la causa dell'affezione è ancora ignota. Molti fatti farebbero ritenere che le lesioni osteoarticolari siano prodotte da una sostanza irritante circolante nel sangue forse prodotta dalla disfunzione epatica dipendente da degenerazione senile o da una prolungata tossiemia di origine chimica o batterica. Al riguardo è degno di nota la circostanza che in molti casi si trova un eccesso di urobilina nelle urine.

Inizialmente l'esame radiografico mette in evidenza piccole particelle ossee nella capsula ed escrescenze ossee sulle superfici articolari. Più tardi la cartilagine appare erosa, gli spazi articolari diventano più piccoli con irregolarità delle opposte superfici ossee. Al di sotto di queste il tessuto osseo è più opaco per deposito di sali di calcio, talvolta con piccole isole di rarefazione. Evidentemente l'erosione delle superfici articolari è accompagnata da inspessimento osteofitico dei margini. Spesso si riscontrano corpi negli spazi articolari.

Il trattamento dell'osteoartrite senile è pal-

liativo. Tutt'al più si può sperare in un rallentamento del processo degenerativo con gli eccitamenti cutanei e le applicazioni calde che determinano la dilatazione dei vasi con il conseguente rilasciamento dello spasmo muscolare.

La cute quando è fisiologicamente attiva è in grado di adattarsi alle variazioni atmosferiche e climatiche. Il tono dell'organismo è in gran parte dipendente dagli stimoli trasmessi dalla pelle al sistema endocrino-simpatico che controlla la distribuzione del sangue. È probabile che normalmente le variazioni atmosferiche determinano una vasodilatazione e la conseguente liberazione di istamina dalla cute. L'artritico cronico è incapace di reagire immediatamente ai mutamenti della temperatura, dell'umidità e nel clima per un difetto della funzione cutanea. La rieducazione di questa ultima mediante l'idroterapia è perciò di grande efficacia in molti casi di artrite cronica e specie in quella degenerativa.

Le applicazioni calde generali possono essere ottenute con il calore secco (bagni turchi, calore radiante) che determina una sudorazione profusa ma solo una leggera ipertermia, perchè l'evaporazione rapida del sudore tende ad abbassare la temperatura del corpo. Va notato che gli acidi non sono escreti con la pelle e che quindi l'aumento dell'attività delle glandule sudoripare può aumentare l'acidità dell'organismo, senz'alcun vantaggio per l'equilibrio acido-base, che per altro non è alterato nel reumatismo cronico. Le acque termali contengono varie sostanze che in realtà non hanno altro effetto che quello di stimolare la pelle. Il loro alto peso specifico ne aumenta l'efficacia curativa determinando un rilasciamento muscolare che consente i movimenti passivi delle articolazioni. La dieta non ha alcuna importanza curativa, tutt'al più deve essere ristretta negli obesi. L'alcool deve essere bevuto moderatamente specie quando si sospetta una lesione epatica. È consigliabile che i pazienti bevano molta acqua.

L'*artrite traumatica*, è determinata da una singola azione lesiva o da azioni ripetute e prolungate (posizioni e sforzi professionali, mancanza di allineamento nelle fratture, nel rachitismo, nel morbo di Paget, o da irritazioni intraarticolari da corpi liberi).

Il trattamento dipende dallo stadio della lesione che si apprezza con l'esame radiologico e la sintomatologia generale. Nei casi nei quali si ha limitazione dei movimenti dipendenti da fibrosite e periarticolare è giustificata la mobilizzazione dell'articolazione sotto anestesia. Nei casi avanzati la mobilizzazione non deve essere spinta oltre le possibilità create dalle nuove condizioni anatomiche. Tenere presente, comunque, che la limitazione dei movimenti è dovuta in gran parte dallo spasmo muscolare che è anche causa del dolore. Il calore (applicazioni calde, radiazioni, diatermia, onde corte) ha al riguardo una notevole efficacia. Nei casi gravi può rendersi necessaria l'artrodesi. La roentgenterapia può accelerare anzi che ritardare il processo degenerativo. Può quindi essere applicato nella spondilite lombare, nella quale la fissazione delle vertebre non ha importanza.

L'*artrite climaterica* si verifica nelle donne immediatamente prima, durante e dopo la menopausa. Nei casi nei quali questa sia stata prodotta artificialmente (ovariectomia, isterectomia) l'artrite si manifesta a distanza, all'epoca nella quale il climaterio si produrrebbe normalmente, ed è particolarmente grave.

Le articolazioni più frequentemente colpite sono le ginocchia, ma possono esserle anche le interfalangee, i polsi, le tibiotarsiche.

Le ginocchia s'ingrossano in parte per versamento sinoviale ed inspessimento villoso. in parte per infiltrazione fibro-grassosa extraarticolare specie nella parte mediana. Nei movimenti si apprezza un caratteristico fine crepitio.

In genere si ha contemporaneamente obesità e sintomi di deficienza tiroidea ed ovarica. È facile riscontrare inspessimenti fibro-grassosi a livello della settima vertebra cervicale, dal calcagno ed in altre parti. La pelle è secca con iperidrosi periodiche, i peli tendono a cadere.

Radiologicamente nello stadio iniziale non si rileva nulla di notevole, più tardi si riscontrano lesioni osteoartritiche.

Il trattamento è essenzialmente opoterapico: gli estratti tiroidei sono molto vantaggiosi ma talvolta danno fatti d'intolleranza; gli ormoni estrogenici possono essere dati per via orale (3000 unità al giorno) o per via parenterale in dosi più piccole.

L'obesità si corregge riducendo nella dieta i grassi ed i carboidrati.

I massaggi e le applicazioni calde giovano per attenuare i sintomi locali.

Le eventuali deformità della volta del piede vanno corrette con scarpe ortopediche.

La *gotta* è caratterizzata da dolore violento, gonfiore e arrossamento dell'articolazione colpita, fatti che sono aggravati dagli sforzi. È più frequente negli uomini che nelle donne. Colpisce prevalentemente gli adulti. Sembra dovuta al deposito di biurato di sodio che agisce come irritante producendo alterazioni degenerative delle articolazioni clinicamente indistinguibili dall'osteoartrite primaria.

I disturbi costituzionali non sono molto marcati, tuttavia i gottosi sono predisposti ai catarri nasofaringei e gastrointestinali. La pelle è secca e scabrosa, le unghie sono fragili. Spesso si hanno eczemi. Non sono rare le borsiti, specie dell'olecranon. Il polso è raro, la temperatura subnormale. La pressione è di solito bassa, solo nelle forme gravi e negli stadi

avanzati, quando compaiono lesioni renali, è alta.

All'esame radiologico nelle prime fasi si riscontrano piccole aree rotonde, traslucide immediatamente intorno alla superficie delle ossa. Si tratta di depositi di biurato sodico che s'ingrossano progressivamente e tendono ad invadere la cartilagine ed a passare nella cavità articolare. Successivamente il reperto è simile a quello dell'osteoartrite. In tali casi la diagnosi differenziale si basa sulla determinazione dell'acido urico nel sangue, che nella gotta si trova sempre in quantità superiore alla normale (superiore a 3,5-4 mmgr. per cento).

La gotta si cura eliminando dalla dieta gli alimenti ricchi di nuclei, da cui derivano le purine ed infine l'acido urico e l'urea (fegato, rene, animella, caviale, cervello).

È stato rilevato che i gottosi hanno una particolare suscettibilità individuale verso determinate sostanze: alcuni hanno l'accesso gottoso in seguito all'ingestione di animelle, altri in seguito all'ingestione di alcuni ingredienti (malto) di bevande alcooliche. Vi sono individui che hanno accessi dopo l'ingestione di birra, mentre tollerano perfettamente il Wisky ed il gin.

I foci infetti possono provocare esacerbazioni della gotta, da ciò la utilità di eliminarli quando fossero eventualmente presenti.

I gottosi dovrebbero bere molta acqua ed usare poco sale: i sali sodici impediscono la soluzione del biurato di sodio e quindi ne favoriscono il deposito, la ritenzione ed il deposito nelle articolazioni.

L'alveo deve essere libero, e perciò l'infermo deve mangiare molta frutta e vegetali verdi.

Come medicamenti sono indicati i prodotti del gruppo cincofenico.

Il trattamento fisico è analogo a quello dell'osteoartrite, ma deve essere attentamente sorvegliato per evitare spiacevoli reazioni locali e generali. DR.

DIVAGAZIONI

Le gravidanze nelle bambine.

L'argomento è tale da provocare un senso di pena e di disgusto in chiunque abbia un benchè minimo senso morale, ma il medico che deve anche affondare le mani nei cadaveri in putrefazione non deve indietreggiare nemmeno dinanzi alle brutture morali e conoscere pertanto tutti i lati della fisio-patologia e della personalità umana. Non bisogna, del resto, dimenticare che in alcuni paesi, come nelle Indie inglesi, a causa di credenze religiose, il matrimonio è sempre assai precoce, nella maggior parte dei casi sui 15 anni, ma anche a 5-6 ed è consumato a 9-10; vi si vedono delle multipare a 13 anni e delle nonne a 22. D'altra parte, i periodi di rivoluzioni e di guerre, che risvegliano e mettono in fermento i più bassi istinti, sono anch'essi responsabili di questi delitti.

Al caso recentemente pubblicato da G. Lozada e di cui discorrono H. Vignes e R. Hamplin (*Presse méd.*, 16 agosto 1939) di una bambina mestruata a 3 anni ed incinta a 5, si aggiungono quello di Hilda Keane (gravidanza a 6 anni ed 8 mesi), di Chaschinski (6 anni e 9 mesi) e molti altri di 7-8 anni.

Al procreatore, in genere, si accenna appena; la sua età varia di molto; talora un quasi coetaneo od anche un adulto e persino un nonno settuagenario.

Generalmente le gravidanze precoci si osservano in ragazzine che hanno una pubertà precoce, sebbene tale precocità non rappresenti senz'altro una buona attitudine alla procreazione. Il più spesso, le ragazzine che diventano incinte molto precocemente hanno una morfologia molto più sviluppata della loro età reale; i lavori di endocrinologia riportano vari esempi di tale matronismo precoce, con caretteri sessuali secondari bene sviluppati, si comprende quindi la possibilità che esse destino la concupiscenza, tanto più che spesso anche lo stato psichico corrisponde alla precocità dello sviluppo fisico. Ma non mancano eccezioni, come la bambina indù dell'osservazione di H. Keane, che partorì a 6 anni ed 8 mesi e che aveva ancora i denti da latte durante la gravidanza.

Se la mestruazione precoce è la regola nei casi di gravidanza precoce, non mancano anche qui delle eccezioni e sono conosciuti nella letteratura, nove casi di fecondazione prima della comparsa dei mestrui. Entra qui probabilmente il caso, che ha fatto coincidere i rapporti sessuali fecondanti con il momento di maturazione dell'uovo prossimo a quello di manifestazione della prima mestruazione.

La gravidanza non presenta nulla di particolare, con gli stessi fenomeni simpatici e le stesse complicazioni. Frequente è il parto prematuro.

Il parto è, in complesso, relativamente facile. Si tratta spesso di parti a sorpresa fortunata, mentre ci si potrebbe aspettare tutto il contrario, in considerazione del bacino piccolo, talora infantile, trasversalmente ristretto, con un diametro antero-posteriore inferiore al normale. Si può invocare una certa lassezza delle articolazioni pelviche o la malleabilità delle ossa del bacino. Ma non è da escludere una certa « virtù giovanile » del muscolo uterino, che evita la tendenza alle contratture, facilita il contatto della testa con lo stretto superiore e favorisce l'accomodamento dei diametri cefalici con quelli pelvici. Rare (7 %) sono le anomalie delle contrazioni e si cita persino il caso di una di 16 anni che, contrariamente alla punizione biblica, partorì senza dolore.

Gli interventi ostetrici sono rari, ma evidentemente s'impongono quando si tratti di bambine mostruosamente giovani, come nel caso di H. Keane (6 anni e 8 mesi) in cui si dovette intervenire con una cesarea (feto di 1900 grammi) ed in altri in cui si procedette alla cranioclasia.

Alle Indie, si praticano numerose cesaree in ragazzine molto giovani, mentre molte altre muoiono per mancanza di cure, contribuendo così ad elevare in quei paesi, in modo impressionante la mortalità materna (20/1000, invece di 3-4 in Europa). La morti-natalità presenta cifre analoghe a quella consueta. Discordi sono i pareri sulla frequenza delle lacerazioni perineali.

L'allattamento è possibile e la bambina-madre sopra citata di H. Keane, allattò per 9 mesi. Il neonato ha, generalmente, un peso inferiore al normale, sebbene vi siano eccezioni, come nel caso di Grinsard (4700 g.). Però, anche con un peso inferiore, tali bambini hanno una buona vitalità e crescono bene, forse per l'impulso vitale di tessuti giovani generati da un organismo in via di sviluppo.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

W. TESCHENDORF. *Lehrbuch der Roentgenologischen Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Brustorgane.* Thieme ed., 800 pagine con 891 figure. Marchi 70.

La buona accoglienza fatta dai radiologi al precedente libro dell'A. sulla diagnostica differenziale radiologica delle malattie addominali ha indotto l'A. a licenziare un secondo volume sulla diagnostica differenziale radiologica delle malattie toraciche (polmoni, cuore, mediastino, diaframma).

A differenza di quanto l'A. ha potuto fare per le malattie addominali ove era possibile riunire le varie malattie per gruppi, qui l'A. ha seguito la via semeiologica cioè procedere nel confronto e nella somiglianza delle ombre radiologiche. Così viene discusso ad es. l'addensamento di una parte del polmone o di una metà del polmone e in questo ultimo caso a seconda che il volume toracico è aumentato o diminuito: passano così in rassegna i caratteri radiologici differenziali tra pleuriti, cisti, tumori da un lato e l'atelettasia e la broncopolmonite cronica dall'altra e inoltre le pleuriti saccate, le interlobari, i focolai broncopneumonici e pneumonici.

Lo stesso metodo è seguito nella diagnostica differenziale delle altre malattie polmonari in base alla grandezza e alla nettezza e alla rotondità o meno e alla diffusione dei focolai o alla diversità dei caratteri delle normali ombre date dall'ilo o del mediastino: la tubercolosi è trattata a sè. Anche per il cuore la diagnostica differenziale radiologica parte dal confronto della grandezza, della forma e del volume del cuore, ma per il cuore lo studio funzionale chimografico e lo studio associato elettrocardiografico e radiologico danno la possibilità al radiologo di esplorare dei campi interessanti di studio. Certamente a questo libro di T. arriderà lo stesso successo che il precedente volume ha avuto fra i radiologi a cui essenzialmente è destinato il libro e per i quali non è ignota la difficoltà di sceverare i vari dati di semeiologia radiologica per poter dare al clinico dei dati preziosi. E. MILANI.

G. SCHULTE e F. KUHLMANN. *Grundlagen der Roentgendiagnostik und Roentgentherapie.* Thieme, editore, pagg. 140-148 con figure, 1939. Marchi 7,50.

Il libro vuole essere una introduzione allo studio radiologico per studenti e giovani medici desiderosi di apprendere nelle sue linee fondamentali quanto la radiologia può dare nei vari campi della medicina non solo dal punto di vista della radiodiagnostica ma anche dal punto di vista della roentgenterapia.

Perciò tutta la materia è svolta in forma schematica e semplice con molte figure tipiche e molti schemi: una cinquantina di paginette appena per lo studio ad es. dello scheletro con il reperto radiologico a seconda delle varie malattie tracciato in forma schematica e un'altra cinquantina di pagine per lo studio radiologico dei polmoni, del cuore, dei visceri, ecc.

Anche per quanto riguarda la roentgenterapia tutto è svolto in forma piana e semplice e in modo adatto allo scopo che gli AA. hanno voluto conseguire. E. MILANI.

E. A. ZIMMER. *Das Brustbein und seine Gelenk.* Thieme, editore, 1939. Pagine 69-81 con schizzi e figure, 13 marchi.

Lo studio radiologico dello sterno e delle sue articolazioni appare in questa breve pubblicazione di Zimmer in tutta la sua importanza: la stessa tecnica di esame radiologico dello sterno è stata modificata dall'A. con opportuni accorgimenti; praticando due radiogrammi su una stessa pellicola sensibile è possibile studiare lo sterno in tutti i suoi dettagli.

Molti schizzi e parecchi radiogrammi dimostrativi sono acclusi alla pubblicazione destinata essenzialmente ai radiologi. La radiologia mancava di una monografia così dettagliata sullo sterno. MILANI EUGENIO.

Volume Giubilare nel venticinquennio della Fondazione della Società Italiana di Radiologia Medica. Milano, Tipografia Zerboni, 1939, pag. 450, L. 50.

Questo volume giubilare edito in bella veste tipografica è riuscito veramente una magnifica manifestazione e dimostrazione del cammino che la Radiologia Italiana ha per-

corso dal 1913 al 1938. Tutta la storia della Radiologia Italiana passa sotto i nostri occhi e fra i tanti nomi ricorrono quelli noti a tutti i radiologi e che si riferiscono a persone che ancora oggi combattono a favore della radiologia. Hanno collaborato alla compilazione del volume i consoci: Balli, Bellucci, Benassi, Cignoini, Comelli, Epifanio, Giordano, Lenzi, Maragliano, Milani, Palmieri, Paltrinieri, Pini, Ponzio, Possati, Ratti, Reviglio, Salotti, Siciliano, Turano, Vallebona. I capitoli sono così suddivisi:

Possati: Origini e sviluppo della Società Italiana di Radiologia Medica — Ratti: Stampa periodica. — Siciliano: I Congressi Nazionali. — Possati: Gruppi regionali. — Vallebona: L'associazione di marconiterapia. — Palmieri e Lenzi: L'associazione di radiobiologia. — Ponzio: L'associazione di radioterapia. — Maragliano: I rapporti della società italiana di radiologia con altre società mediche italiane. — Ponzio: I rapporti coll'estero. — Benassi: Radiologia ospedaliera. — Epifanio: Radiologia Universitaria. — Comelli: La radiologia nell'esercito. — Turano: La radiologia nell'esercizio privato. — Bellucci: La radiologia nelle stazioni di cura. — Reviglio: Lo sviluppo dell'industria radiologica. — Ponzio: I martiri della radiologia italiana. — Salotti: La radiologia in rapporto con le istituzioni del regime.

Il volume si chiude con tre capitoli che rappresentano una visione sintetica sul movimento radiologico italiano nel campo della letteratura: Milani: Sul contributo italiano nel campo della radiobiologia. — Giordano: Id. nel campo della radioterapia. — Balli e Lenzi: Id. nel campo della diagnostica. Questi tre capitoli mostreranno al lettore quanto si è fatto nel campo radiologico in Italia. E. Milani.

Accademie, Società Mediche, Congressi

R. Accademia delle Scienze Mediche e Chirurgiche di Napoli.

Seduta del 7 giugno 1939.
Presidente: Prof. G. Jappelli.

Sul valore del pneumo-encefalo nella terapia della meningite cerebro-spinale nell'infanzia.

Auricchio L. — L'O., dopo aver ricordato come, nonostante l'impiego della sieroterapia specifica per via endorachidea, ancora grave resti la prognosi della meningite cerebro-spinale epidemica, fa rilevare che tra le cause di insuccesso, oltre la incerta azione specifica esplicata dal siero, sia pure polivalente, sul tipo di meningococco del singolo caso, si debba prendere in considerazione anche un altro fattore, e cioè la possibile e non rara occlusione di uno dei più angusti tratti dell'anfrattuoso sistema canalicolare per la densità dell'essudato purulento.

Allo scopo di mantenere e possibilmente provocare la pervietà delle vie ventricolari, garantendo in tal modo la fuoriuscita del liquido cefalorachidiano purulento, e facilitando il pervenire del siero nelle cavità ventricolari, riferisce di aver sistematicamente associata alla sieroterapia per via endorachidea l'insufflazione di aria attraverso il rachide.

Veramente incoraggianti sono i risultati ottenuti con tale procedimento già usato anche nell'infanzia a scopo prevalentemente diagnostico, ma, per lo meno presso di noi, non ancora impiegato nella cura della meningite cerebro-spinale.

Pur avendo potuto controllare radiologicamente in due casi lo sblocco di uno dei sistemi ventricolari, l'O. raccomanda che tale insufflazione di aria sia fatta il più precocemente possibile, onde evitare organizzazioni di essudati difficili poi a vincersi.

I benefici risultati finora conseguiti con una tecnica quanto mai semplice ed alla portata di ogni medico pratico sono appunto messi in risalto dall'O. perchè il pneumoencefalo possa venire impiegato in questa malattia dell'infanzia a prognosi purtroppo ancora grave.

Ricerche sperimentali e cliniche sulla cura della malaria acuta e cronica col tartaro stibiato.

De Nunno R. — L'O., dopo aver fatto notare che non si possiede ancora un medicamento davvero completo, capace cioè di agire tanto sulle forme asessuate quanto su quelle sessuate dei parassiti malarigeni, ricorda l'importanza che è stata riconosciuta in questi ultimi anni, nel meccanismo di guarigione della malaria, al sistema reticolo-endoteliale e riferisce i risultati di ricerche da lui fatte per assodare quale azione il tartaro stibiato fosse in grado di esplicare su detto sistema.

In base alla constatazione che esso, iniettato per via endovenosa in animali da esperimento e nell'uomo, stimola notevolmente gli elementi istiocitari epato-splenici e l'attività fagocitaria, l'O. volle tentarne l'uso nella malaria estivo-autunnale chinino-plasmochin-atebrin-resistente e, in seguito agli ottimi risultati raggiunti, si convinse dell'utilità della terapia antimoniale nella malaria cronica o per lo meno in quelle forme divenute poco o nulla influenzabili con medicamenti usuali. Di più il tartaro stibiato provoca una splenocontrazione che dura molte ore e poi lentamente si va risolvendo, è assai superiore a quella che si può ottenere con altre sostanze, per esempio adrenalina, e non si accompagna ad elevazione della pressione arteriosa nè ad altri disturbi. Infine, il tartaro emetico è dotato di azione diretta contro i parassiti malarigeni, in tutte le loro forme.

L'O. con i suoi collaboratori ha adoperato la cura antimoniale, con i fondi messi a sua disposizione e con l'incoraggiamento della Sanità Pubblica del Regno, del Governo d'Etiopia, della Croce Rossa Italiana e di altri Enti, sia in Italia (Sardegna ecc.), sia nell'Impero. Gli effetti da lui ottenuti possono così riassumersi: la febbre scompare, di solito, dopo 1-4 iniezioni, i parassiti non si rilevano più nel sangue periferico, i gametociti già dalla prima iniezione presentano fatti degenerativi e poi scompaiono, il tumore splenico si riduce e così anche l'epatomegalia, si ha aumento degli eritrociti, dell'emoglobina, del peso corporeo. Non si verificano recidive se non in via assolutamente eccezionale.

A giudizio dell'O., il metodo merita larga diffusione, oltre che per la sua notevole efficacia, anche per la considerazione che non richiede, di solito, l'impiego di altre sostanze coadiuvanti ed utilizza un medicamento di costo assai basso, che si fabbrica in Italia, con materiale italiano e perciò può dirsi veramente autarchico.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Nevrosi dell'esofago e dello stomaco.

Su questo argomento hanno svolto una comunicazione alla Sezione Emiliana della Soc. Ital. di Gastroenterologia F. Modenesi e A. Buscaroli (*Arch. Ital. della mal. dell'appar. digerente*, giugno 1939), i quali, dopo aver premesso che l'importanza di questo studio deriva sopratutto dal nesso che tali sindromi possono presentare colla costituzione individuale, hanno illustrato due casi clinici di ipercinesi circoscritta essenziale, rispettivamente dell'estremità inferiore dell'esofago e del corpo dello stomaco.

Il primo caso era iniziato da circa dieci anni e negli ultimi tempi si manifestava con disfagia retrosternale con ondulazioni di comportamento in rapporto alle diverse fasi della vita. Obbiettivamente c'era stenosi della porzione inferiore dell'esofago, di natura essenziale, senza interessamento del cardias.

Il secondo caso dava uno stomaco bilobato a clessidra per ipercinesi essenziale del corpo dello stomaco in un soggetto isterico e disvegetativo.

Gli AA. ritengono che le ipercinesi circoscritte, o spasmi essenziali, dipendono da squilibrio del sistema neurovegetativo loco-regionale per aritmia o incoordinamento funzionale dei singoli segmenti dell'organo. Questo squilibrio loco-regionale sarebbe in rapporto con una labilità neurovegetativa generale caratteristica degli individui che Bergmann chiama « stigmatizzati vegetativi ». Il trattamento deve rivolgersi quindi più allo stato costituzionale generale che al fatto locale.

Alla discussione hanno partecipato vari oratori. Il Boschi ha confermato la difficoltà di orientarsi sulla prevalenza di disturbi vegetativi di un sistema o dell'altro; il Monari ha ricordato un caso personale che ricordava il secondo comunicato dagli AA., mentre il Rietti ha chiesto quale era il reperto ematologico nei casi comunicati e in modo speciale se c'erano modificazioni ematologiche somiglianti all'anemia grave disfagica o sindrome di Plunner-Vinyon.

Il Gamberini si è invece trattenuto a parlare diffusamente della cura chirurgica illustrandone le varie tecniche. L.

L'actinomicosi gastrica primitiva.

È una malattia veramente rara. Nel 1932 Stravinsky segnalava 9 casi nella letteratura, compreso il suo. Da allora ne sono stati descritti altri tre.

Coquiaux (*Le Scalpel*, 22 luglio 1939) ne ha osservato un caso in un uomo di 45 anni, che soffriva di gastropatia da molti anni. Nel 1933, 1934 e 1935 presentò i segni certi di un'ulcera duodenale, la cui presenza fu confermata radiologicamente. Nel 1936 e 1937 stette bene. Al principio del 1938 cominciò ad avvertire disturbi gastrici nettamente diversi da quelli sofferti precedentemente e precisamente dolore sordo all'epigastrio, senza alcun ritmo, qualche volta con irradiazione verso la spalla, a volte vomito. Questi disturbi non migliorarono con nessuna terapia, mentre lo stato generale si aggravava e il paziente si anemizzava. Tre settimane prima di entrare in ospedale comparve una tumefazione epigastrica, che aumentò rapidamente e divenne fluttuante e contemporaneamente si ebbe diarrea.

Il malato fu inviato in ospedale con diagnosi di cancro inoperabile dello stomaco con ascesso peritumorale in via di fistolizzazione.

In anestesia locale fu fatta un'incisione sopra-ombellicale che diede esito a pus abbondante, spesso, fetido. L'esame batteriologico dimostrò la presenza di un micelio e di spore che presentavano aspetto intermedio fra l'aspergillo e l'actinomyces. La cultura diede un actinomyces anaerobio.

L'esame radiologico del tubo digerente diede una deformazione mediogastrica permanente a forma stenosante con alterazione delle pliche mucose. Anche il colon trasverso presentava infiltrazione della parete intestinale con persistenza delle pliche.

Il malato morì per broncopolmonite.

L'autopsia dimostrò alla regione mediogastrica un blocco infiammatorio crivellato da crateri purulenti. Questa massa aderiva al diaframma e, attraverso una perforazione, aveva provocato una pericardite con liquido contenente l'actinomyces.

Lo stomaco presentava anche una vasta ulcerazione della zona mediogastrica e il colon presentava fuoriuscita di pus dalla parete, ma senza alterazioni macroscopicamente rilevabili della mucosa del colon.

Per quanto riguarda la patogenesi è facile pensare, senza poterne dare la prova sicura, che l'ulcera duodenale sofferta tempo prima possa essere stata la via di penetrazione dell'infezione L.

La nicturia nei malati di ulcera gastro-duodenale.

È noto che in condizioni normali, la quantità di urina che si emette durante il giorno è sempre maggiore di quella della notte; il rapporto è, secondo i vari autori, di 3:2; 2:1; 4:1. Alla maggior quantità durante il giorno, si accompagna anche una maggiore eliminazione delle principali sostanze organiche.

Vi sono molte condizioni morbose, in cui tale rapporto viene ad alterarsi; si ammette che vi sia nicturia quando l'orina notturna oltrepassa i 2/3 della diurna. In questi casi, si

avrebbe anche durante la notte una maggiore eliminazione di cloruri e di altre sostanze, il che starebbe ad indicare un maggior lavoro del rene durante la notte.

La nicturia si osserva nei cardiaci, in cui anzi può costituire il segno di uno stato iniziale di scompenso. Si osserva, inoltre, nelle malattie epatiche, nell'anemia perniciosa, nel diabete insipido. Discordi sono i pareri sul meccanismo di tale fenomeno; non appare più sostenibile l'antica opinione che, nei cardiaci, la nicturia debba attribuirsi a migliori condizioni di circolazione renale in seguito al riposo, perchè la mancanza di questo e le variazioni dell'alimentazione non sembrano indurre variazioni nella nicturia stessa.

D. Rodino (*Riv. di chirurgia*, giugno 1939) ha studiato la nicturia in pazienti con ulcera gastro-duodenale (fatto già segnalato da Jores e Beck). Considera periodo diurno quello dalle 7 alle 19 e notturno dalle 19 alle 7; come nicturia assoluta quella in cui la quantità di urina notturna era assolutamente maggiore di quella diurna e relativa quella in cui era maggiore dei 2/3.

Di 18 casi studiati, ha trovato N. assoluta in 10 e relativa in 7; il valore del peso specifico e dell'urea segue le variazioni della quantità di urina. Per quanto riguarda la spiegazione del fenomeno, l'A. esclude l'ipotesi del migliore svuotamento dello stomaco durante la notte e quella di una possibile lesione epatica che le varie prove di funzionalità non hanno fatto rilevare nei suoi pazienti ed ammette invece che si tratti di disturbi del sistema nervoso vegetativo, per un'azione diretta della zona ipofisi-cervello medio sul ritmo urinario. Al vago spetterebbe un'azione eccitatrice sulla diuresi; durante la notte, per la mancanza di poteri inibitori, vi sarebbe un aumento di tale azione. L'ipotesi appare verosimile per il predominio che si ha, negli ulcerosi, del sistema vagale. *fil.*

Le cause di aggravamento e di morte dopo emorragie gastro-duodenali.

Dalle osservazioni di F. Avery Jones (*British med. J.*, 12 agosto 1939) risulta che molti casi di ematemesi e di melena sono venuti a morte dopo la cessazione dell'emorragia. Lo studio di tali casi ha dimostrato un fattore comune in tali pazienti e cioè la grave disidratazione, che viceversa era mascherato per la larga somministrazione di oppiacei.

La disidratazione era da attribuirsi, in parte ad insufficiente assunzione di liquidi, in parte ad aumento di diuresi per l'aumentata escrezione di urea, probabilmente attribuibile alla digestione del sangue, che si trova nell'intestino.

Le cifre della disidratazione sono impressionanti, arrivandosi ad un bilancio negativo di 4500 fino a 9000 cmc. Si ha come conseguenza del digiuno una scissione delle proteine del corpo, e poichè la funzione renale è depressa per la mancanza di acqua, la disidratazione porta rapidamente all'uremia ed alla morte. È quindi necessario fornire a tali pazienti una quantità di liquido sufficiente per il fabbisogno dei reni, polmoni, pelle, e per compensare le perdite: si deve inoltre somministrare una sufficiente quantità di cloruro di sodio (circa 10 g. al giorno) nei primi giorni dopo l'emorragia. *fil.*

TERAPIA

Le iniezioni sclerosanti nelle flebectasie.

Fildermann (*Soc. de thérapeutique*, 14 giugno 1939) applica le iniezioni sclerosanti in tutte le specie di flebectasie: varici, anche quelle delle incinte al 9° mese ed anche le varici vulvari, emorroidi interne ed esterne prolassate o non, angiomi congeniti, varicoceli ecc. Egli riferisce di aver trattato con successo dei flebitici, un anno dopo l'attacco di flebite e ritiene che tale pratica debba e possa generalizzarsi.

A. Lutier (*Ibidem*) consiglia una formula in cui si può utilizzare senza dolore dell'alcool a 70°, aggiungendovi il 10 % di cloridrato di chinina, il 5 % di uretano, l'1 % di paramino-benzoato di etile e di paramino-benzoato di butile. Un'altra formula identica, ma senza chinina e uretano, può utilizzarsi negli individui intolleranti alla chinina od in quelli estenuati o tarati.

Si fanno parecchie punture ad ogni seduta, introducendo qualche goccia in ogni punto; si ottiene così la guarigione senza reazione infiammatoria e senza un trattamento troppo lungo, nelle emorroidi tumorali o procidenti, riducibili o non. *fil.*

Trattamento delle vene varicose con sodio ricinoleato.

Dopo tre anni di esperienze presso la Clinica delle vene varicose del Dispensario Alfredo Beusamin, F. N. Postolethwaithe (*Médical Times*, n. 3, 1939) può affermare che l'impiego di una soluzione di sodio ricinoleato al 2 % nella cura delle varici ha fornito ottimi risultati, dimostrandosi non tossica nelle dosi usate. I pazienti furono trattati ambulatoriamente e la iniezione di questa soluzione provocò un dolore assai più piccolo degli altri medicamenti (cloridrato di chinino, uretano, varisol, ecc.) a questo stesso scopo usati. Iniezioni ripetute di sodio ricinoleato al 2 % in piccole dosi ripetute hanno determinato effetti più favorevoli di singole iniezioni di forti quantità della stessa sostanza, per quanto sia stato osservato che anche 6 cc. delle soluzioni al 2 % possono essere iniettati contemporaneamente senza timore. Tale metodo è ritenuto dall'A. quale il trattamento sclerosante ideale.

TOSATTI.

TOSSICOLOGIA

Intossicazione da bromuro.

L. P. Gundry (*The Journ. of The Americ. Medic. Assoc.*, 5 agosto 1939) ha descritto quindici casi di intossicazione da bromuro.

Questa sostanza si elimina lentamente e dà più facilmente fenomeni tossici se si riduce l'ingestione di cloruri. Essa provoca avvelenamento con una certa frequenza fra i malati di psicosi, psiconeurosi, alcoolismo cronico, arteriosclerosi cerebrale, tumore cerebrale. Nel 50 % dei casi il bromuro fu preso per prescrizione medica.

I sintomi dell'intossicazione si sovrappongono alla malattia di cui soffre il malato. I segni precoci sono: cefalea, anoressia, vertigini, tremori, stanchezza, irritabilità, memoria scarsa, confusione mentale transitoria. Questi sintomi si hanno con concentrazione di bromuro nel sangue fra 50 e 150 mgr. %.

Continuando la somministrazione del bromuro si hanno: irrequietezza, debolezza, difficoltà di parola, andatura incerta, ansia, crisi emozionali. In alcuni casi si hanno anche allucinazioni e delirio. Tutto questo si ha con contenuto di bromuro nel sangue fra 150 e 250 mg. %. Oltre i 250 mg. si ha una caratteristica psicosi tossica con prevalenza di fenomeni allucinatori.

Nella diagnosi l'anamnesi raccolta dai parenti e dal malato è generalmente poco probativa, mentre è di grande aiuto quella raccolta dal farmacista o da altri medici. Ogni volta che un malato ha allucinazioni terrificanti, delirio e disorientazione mentale bisogna considerare il bromismo come una diagnosi possibile. In questi casi si dovrebbe sempre fare il dosaggio del bromuro nel sangue. La diagnosi differenziale si deve fare colle allucinazioni alcooliche, col delirium tremens e colla sindrome di Korsakoff. Nel bromismo mancano le neuriti.

La mortalità è molto scarsa perchè è al disotto dell'uno per cento.

Per prevenire l'avvelenamento il medico dovrà essere cauto nella prescrizione e specialmente non permettere all'ammalato di rispedire la ricetta senza la sua approvazione.

La cura consiste nella somministrazione di cloruro di sodio in dose di 4 a 10 grammi al giorno, da darsi per bocca in capsule, più notevole quantità di liquidi (4 litri al giorno) e dieta leggera. A questo trattamento si può associare un sedativo (paraldeide) in dose di 4-16 cc. per bocca o 12-24 per retto; oppure fenobarbital o veronal. L.

POSTA DEGLI ABBONATI

Al dott. O. D. P. da L. P. abb. 6343.

L'*iperidrosi localizzata* o *efidrosi* può essere in rapporto con malattie del sistema nervoso, con stati infettivi, tossici, diatesici e, nella testa, non è rara in soggetti artritici, rachitici, ecc.

Qualche volta è di origine emotiva, come l'iperidrosi dei cavi ascellari che si verifica in certe donne quando si spogliano in presenza di altre persone, ma che per altro può essere soltanto affetto di una brusca contrazione dei muscoli lisci delle glandole sudoripare per il subitaneo cambiamento di temperatura.

Si conoscono poi iperidrosi unilaterali, talvolta crociate, in alcuni casi ereditarie, indipendenti da quelle che si osservano in alcune malattie del sistema nervoso (siringomielia, sifilide cerebrale) od in seguito a traumi od anche semplice compressione dei nervi (p. e. da nodi linfatici tumefatti), nell'herpes zoster, ecc.

Infine alcuni casi di efidrosi sarebbero legati a certi disturbi della secrezione sebacea che vanno sotto il nome generico di *cherosi* e di cui la seborrea, come l'iperidrosi (detta perciò oleosa), sarebbero delle complicanze. La fronte, come il volto in genere, è una delle sedi non rare di questo stato morboso.

L'*ipertricosi acquisita* può presentarsi in alcune donne, a quanto pare più facilmente nelle brune, all'epoca della pubertà o, per inverso, in quella della menopausa. È probabile che concorrano a determinare tali anomalie disturbi della sfera genitale: in alcuni casi esse insorgono in coincidenza di malattie vere e proprie dell'utero e degli annessi (fibromi, cisti ovariche, ecc.).

Altre ghiandole endocrine in disfunzione possono avere azione ipertricogenica: ipofisi e corteccia surrenale e perfino certi stati d'ipertiroidismo, al quale in genere si suole invece attribuire piuttosto un'azione alopecizzante. Secondo alcuni autori, all'aumentata funzione cortico-surrenale si dovrebbe l'ipertricosi muliebre, specie sul viso, che suole seguire alla menopausa o all'insufficienza ovarica.

Non si può infine escludere che questi ipertricosi del volto femminile siano qualche volta favorite dall'esagerato uso di cosmetici (i così detti *trucchi*, belletti ecc.) e sopratutto dai massaggi per preservare dalle rughe, analogamente a quel che si verifica in alcuni soggetti nei quali, p. e., il grattamento (bambini pruriginosi), le prolungate fasciature o gli apparecchi immobilizzanti per traumi, ecc., i ripetuti maniluvii possono provocare ipertricosi nelle regioni sottoposte all'inusitato stimolo. A queste ultime forme, a cui si può dare il significato funzionale di fenomeni reattivi della cute contro un agente nocivo (iperemie da irritazioni con consecutiva maggior crescita dei peli), possono essere ascritte certe *ipertricosi professionali*, come quelle che si osservano sul dorso delle mani nei chirurgi o sulle regioni scapolari di operai costretti a portare oggetti pesanti sulle spalle.

V. MONTESANO.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

COMO. *Amministraz. Provinc.* — Direttore dell'Ospedale Psichiatrico; titoli; L. 21.000 e 3 trienni dec.; alloggio, illumin., riscald.; ortaglie. Scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere copia del bando alla Segreteria.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova.* — Aiuto presso il Turno isolamento ed il Laboratorio di ricerche; titoli ed esami; scad. 16 ott., ore 12; L. 7558; proventi regolamentari; età lim. 35 a. Rivolgersi alla Segreteria.

FOGGIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore della Sezione dispensariale di Cerignola; titoli ed esami; scad. 30 ottobre, ore 13; L. 9000 e quadrienni dec., serv. att. L. 1800; età limite 40 a.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiologia e terapia fisica; scad. 9 ott., ore 17; stip. L. 5000; età limite 35 a.; titoli ed esami. Richiedere bando alla Segreteria.

MERANO (*Bolzano*). *Ospedale Civico.* — Un assistente nella Divis. medica ed uno nella Divis. chirurg.; titoli; scad. 31 ott., ore 12; stip. L. 5000, vitto, stanza, partecipazione ecc.; età limite 30 a.; tasse L. 50. Rivolgersi alla Segreteria.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civ. « Umberto I ».* — Aiuto radiologo e medico assistente nel Reparto sanatoriale per tubercolotici; titoli; scad. ore 18 del 15 nov.; stipendi rispett. L. 6000 e L. 5400; indennità varie; tassa L. 50; età anni 30 s. e. l.; assunzione entro 30 giorni. Rivolgersi alla Segreteria.

NAPOLI. *Comune.* — Medico ostetrico; titoli ed esami; L. 14.500 oltre L. 2500 serv. att. e 4 quadrienni di L. 500. Domande e documenti al Protocollo del Comune (palazzo S. Giacomo, 2° piano) non oltre le ore 17 del 6 nov.

PENNE (*Pescara*). *Ospedale Civile « San Massimo ».* — Medico chirurgo aiuto; titoli ed esami; scad. 27 ottobre, ore 17; stip. L. 3000 annue lorde; vitto ed alloggio gratuiti; compartecipaz.; età limite 35 a.; assunzione entro 15 giorni. Chiedere chiarimenti e copia del bando alla Segreteria.

REGGIO EMILIA. — Concorso al posto di Direttore Sanitario dell'Istituto SS. Pietro e Matteo per l'Infanzia e la Maternità alle dipendenze del Comune. Stipendio L. 14.500 suscettibile di cinque aumenti quadriennali di un decimo. Supplemento di serv. attivo L. 1450, indennità caroviveri in quanto dovuta. Età massima anni 35 salvo eccezioni di legge. Occorre il diploma di specialista in puericoltura ed altri titoli comprovanti la preparazione specifica del concorrente. Tassa di concorso L. 50,20. Scadenza 25 ottobre 1939. Per chiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Comune di Reggio Emilia.

Concorsi a premi.

« Premio « Società Mellin d'Italia ».

La « Società italiana di Pediatria » istituisce cinque concorsi a premio per gli anni: 1939-XVII; 1940-XVIII; 1941-XIX; 1942-XX; 1943-XXI mediante la somma di lire venticinquemila (25.000) che la *Società Mellin d'Italia* mette a sua disposizione. I cinque concorsi sono indetti dal presidente della Società italiana di Pediatria fra i pediatri italiani sopra temi riguardanti l'alimentazione del bambino durante il primo anno di età. Il termine di arrivo dei lavori concorrenti, nell'ufficio della presidenza della Società italiana di Pediatria, scade il 28 ottobre dell'anno del concorso. Sono validi per ognuno dei cinque concorsi predetti i lavori stampati in Italia ed in lingua italiana durante il biennio che precede l'anno del concorso. Uno stesso lavoro non può essere presentato a più di uno dei cinque concorsi predetti.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. comm. Vito De Blasi è nominato cavaliere nell'Ordine Mauriziano, *motu proprio* Sovrano. È questo un riconoscimento dell'opera fattiva e intelligente da lui spiegata durante il 1° Congresso internazionale per la politica demografica e della razza, svoltosi a Salsomaggiore. Rallegramenti cordiali.

Il prof. Nino Della Mano, il quale partecipò alla campagna spagnola come centurione medico, è nominato, per meriti speciali, membro corrispondente della Reale Accademia di medicina e chirurgia di Spagna.

NOTIZIE DIVERSE

Il 30° Congresso della Società italiana di ortopedia e traumatologia.

Si è svolto a Bari, dal 18 al 20 settembre, nella R. Università « Benito Mussolini ». All'inaugurazione, tenutasi nell'aula magna, presenti le maggiori autorità e personalità locali, parlarono il Podestà gr. uff. Viterbo, il Rettore prof. Petrocelli e il Prefetto S. E. Bruno, che dichiarò aperto il Congresso. Poi il sen. A. Guaccero, presidente del Comitato ordinatore, svolse la sua relazione sul tema: « Quanto in Italia si è fatto e quanto si farà nel campo dell'ortopedia e della traumatologia per l'assistenza sociale agli storpi, paralitici e mutilati ». Nelle sedute successive ebbero luogo le altre relazioni, del prof. Marino Zuco su « Ortogenesi e ortopedia » e del prof. A. Laverminocca su « Organizzazione dell'assistenza protettrice in Italia »; le relazioni furono discusse. Ebbero anche luogo varie comunicazioni, tra cui una del prof. Putti, sul suo metodo dell'avvitamento nelle fratture del collo del femore. Ha richiamato l'attenzione la proiezione di un film dell'Istituto Rizzoli di Bologna. I lavori sono stati inframezzati da varie visite.

Si è proceduto al rinnovamento delle cariche sociali; sono stati eletti: presidente il prof. Dalla Vedova (Roma) e consiglieri i proff. Vacchelli (Cortina d'Ampezzo) e Calandra (Palermo). Il prossimo Congresso si terrà a Cortina d'Ampezzo.

3° Congresso Medico Abbruzzese. Manifestazione in onore di Giuseppe Flajani.

Ricorre in quest'anno il primo centenario della nascita di Giuseppe Flajani, il celebre chirurgo del secolo XVIII, che tanta orma del suo sapere e della sua cultura ha lasciato nella storia delle mediche discipline.

Teramo, che si onora di annoverare nell'ambito della sua provincia la città natale di così illustre scienziato, ha desiderato degnamente rievocare e celebrare questa grande figura del passato ed ha indetto perciò un Congresso medico, che viene tenuto a Teramo nei giorni 8 e 9 corr., per iniziativa della Società Medico-Chirurgica degli Abbruzzi, la quale ne ha deferito l'organizzazione al locale Sindacato, di cui è segretario il dott. Armando Tattoni.

Il discorso celebrativo è stato affidato al prof. Pietro Capparoni, Ordinario di Storia della Medicina nella R. Università di Bologna, nel mentre relatori sul « Morbo di Flajani-Basedow » sono rispettivamente per la parte medica e chirurgica gli illustri maestri prof. Antonio Gasbarrini della R. Università di Padova e prof. Raffaele Paolucci della R. Università di Roma. S. E. Giovanni Petragnani, Direttore Gen. della Sanità Pubblica, prende in esame il lato sociale dell'attività del Flajani per il razionale funzionamento degli Ospedali.

Del Congresso — che secondo il programma si svolge mentre questo fascicolo va in macchina —, daremo ulteriori notizie.

Corso di cultura in igiene scolastica.

Durante il mese di novembre sarà tenuto nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Genova, diretto dal prof. L. Piras, un corso di cultura in igiene scolastica per i medici, a norma della circolare del Ministero dell'Educazione Nazionale n. 83 in data 25 agosto 1927-V.

Il corso consisterà in lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche. Possono esservi inscritti i laureati in medicina e chirurgia. Coloro che lo abbiano frequentato regolarmente saranno ammessi all'esame consistente in prove orali e pratiche.

A coloro che abbiano superato l'esame sarà rilasciato dal Rettore dell'Università il relativo certificato.

Chi intende inscriversi deve presentare alla Segreteria dell'Università entro il 20 ottobre, la domanda, in carta bollata da lire 4 diretta al Rettore, allegandovi il certificato di laurea in medicina e chirurgia, qualora questa non sia stata conseguita nell'Università di Genova.

La nuova città ospedaliera di Milano.

Nella prima quindicina di ottobre avrà inizio la vita del nuovo Ospedale del Perdono, la grandiosa « città spedaliera » sorta alle porte di Milano per sostituire il vecchio Ospedale Maggiore, dalla gloriosa vita semimillenaria.

Non avverrà alcun trasloco di ammalati: il vecchio ospedale sforzesco resterà vuoto via via che gli ammalati risaneranno; il nuovo sarà occupato da altri degenti. Per ora, ne saranno accolti soltanto 250 di medicina, nel grande padiglione intitolato al nome dei Fratelli Mario, Aldo e Vittorio Crespi, che hanno provveduto alle spese della sua costruzione e del suo arredamento. Un po' alla volta, saranno occupati anche gli altri padiglioni.

È occupato il padiglione che ospita la Scuola-convitto professionale delle infermiere dell'ospedale.

Alla direzione del nuovo Ospedale è chiamato il prof. Germano Sollazzo, che è stato a lungo aiuto del prof. Enrico Ronzani, direttore dell'Ospedale Maggiore e direttore dell'Istituto di Igiene dell'Università di Milano.

Un po' dovunque.

Con R. D. del 29 giugno u. s. il Ministro dell'Interno, Direzione Generale di Sanità, ha bandito due concorsi per la ricerca di prodotti nazionali atti a sostituire come bevanda il caffè e il tè. Ai detti concorsi possono partecipare i Laboratori provinciali di igiene e di profilassi, gli Istituti di farmacologia, di fisiologia, d'igiene presso le RR. Università e gli Istituti superiori. I premi da assegnarsi distintamente per i due concorsi sono di L. 5.000, 3.000 e 2.000.

Il Governo del Reich sta dotando di rifugi antiaerei i maggiori ospedali. Essi comprendono: camera operatoria, reparto per contagiosi ecc. I medici saranno forniti di particolare distintivo e avranno la precedenza assoluta nell'adire ai rifugi.

Un'autoambulanza oculistica, organizzata dal Governo dell'Eritrea, ha concluso il suo primo servizio mobile, nella zona di Enda Selassiè e Axum, visitando circa 700 malati e operandone 45.

A Siracusa è indetto, per il prossimo ottobre, un convegno del Gruppo centro-meridionale e insulare della Società italiana di radiologia medica, in occasione della celebrazione di O. M. Corbino.

L'organizzazione del convegno è fatta dai proff. Del Buono, Nicolra e Monteforte.

Il dott. Briosi ha tenuto a Crema un ciclo di conferenze sulla protezione e sul pronto soccorso antiaerei.

In Germania ricerche sistematiche su 40.000 infermiere hanno dimostrato che le infezioni tubercolari sono più rare e meno gravi dopo il 25° anno; perciò l'« Associazione tedesca per i servizi sanitari » ha stabilito che l'assistenza ai tubercolotici dev'essere fatta da infermiere che abbiano almeno 25 anni.

A Londra si è provveduto in larga misura allo sgombero degli ospedali, trasportanto molti malati lontano dalla città e dimettendo quelli che possono esere curati in famiglia. Si sono utilizzate le cantine e i semi-interrati degli ospedali, perchè offrono maggiori possibilità di protezione contro gli attacchi aerei. Il nuovo ospedale Westminster è però tutto difeso. Si avvertono ora deficienze per l'assistenza alla popolazione. Gl'insegnamenti clinici continuano, anzi sono intensificati.

Il 21 agosto venne costituita a Buenos Aires la Società argentina di medicina sociale. La cerimonia si svolse nei locali dell'Associazione medica argentina; v'intervennero i ministri dell'interno e delle opere pubbliche, il presidente del Consiglio nazionale dell'educazione, il cardinale primate, il presidente del Dipartimento nazionale d'igiene, professori delle Facoltà mediche, rappresentanti di corpi scientifici.

La Società medico-chirurgica della Romagna si è adunata il 17 settembre, sotto la presidenza del prof. F. Giugni. Sono state fatte comunicazioni da F. Giugni e G. Forni.

In Spagna il Ministero dell'interno ha destituito una ventina di medici i quali facevano parte d'istituzioni statali, perchè politicamente compromessi. Tra i destituiti è il dott. Gustavo Pittaluga, italiano di nascita, reputato ematologo e parassitologo, il quale fu a lungo professore nell'Università di Madrid, direttore dell'Istituto nazionale di sanità e direttore dei Servizi malariologici.

A Berlino si è organizzata una Commissione di medici dei Paesi neutrali, allo scopo di far visitare gli ospedali di guerra e anche per dimostrare alcune gravi mutilazioni prodotte dai polacchi.

Il dott. Carlo Bruni, di Francavilla a Mare, ha compiuto il 50° anno di laurea.

In Francia il Ministero della Sanità pubblica ha fatto appello alle persone capaci di essere utilizzate come donatori di sangue, affinchè si mettano a disposizione del « Centro nazionale di trasfusione sanguigna », istituito nell'Ospedale di Sant'Antonio a Parigi.

In Francia il Ministero della Sanità pubblica si è rivolto alle medichesse ed ai medici esenti da obbligo militare i quali siano disposti a collaborare nei servizi di protezione sanitaria dei rifugiati in dipartimenti ospitanti, affinchè diano il nome, l'indirizzo e l'indicazione dei loro principali titoli professionali al Ministero della Sanità pubblica, Servizio della difesa nazionale. L'appello è rivolto in specie: 1° ai medici diplomati in igiene; 2° ai medici qualificati in tisiologia, in sifilografia, in ostetricia, in pediatria; 3° ai medici che hanno superato concorsi per istituti psichiatrici.

In Francia un decreto, pubblicato nel « Journal Officiel » del 12 settembre, stabilisce che tutti i medici esenti dal servizio militare, comprese le donne, di nazionalità francese o nazionalizzati, sono messi a disposizione del Ministero della sanità pubblica per l'assistenza alla popolazione civile. I medici di paesi alleati o neutri, che non avessero assunto impegni d'ordine militare, dovranno, per continuare l'esercizio professionale in Francia, essere autorizzati dal prefetto del dipartimento ove risiedono. I medici spostati dalle loro residenze in seguito ad ordine, non potranno esercitare nella località ove sono stati destinati e in un raggio di 20 km. intorno ad essa, per la durata di cinque anni dopo la fine delle ostilità.

Il Governo centrale dell'Algeria ha fatto costruire, presso la città di Blida, un ospedale psichiatrico il quale risponde alle concezioni più moderne dell'assistenza mentale. Il problema presentava delle difficoltà, in quanto l'ospedale accoglie bianchi e indigeni. Esso sorge su di un terreno esteso 89 ettari, di cui un terzo tenuto a parchi e giardini e il resto utilizzato per colture.

Nell'Ospedale Civile di Piacenza lo scoppio di un autoclave proiettava violentemente contro una vicina parete l'infermiere Giuseppe Rossoni, il quale riportava la frattura della base del cranio e altre gravi lesioni; decedeva all'istante.

È morto a Londra il prof. SIGISMONDO FREUD, fondatore della psicanalisi. Era nato a Freiberg (Moravia) nel 1855. Aveva acquistato fama universale.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Arch. It. di Chir., apr. — E. L. BELUFFI. Ileite terminale. — A. BASILE. Circolo vizioso acuto consecut. a gastroenterostomia.

Settim. Med., 8 giu. — S. MAGGIORE. Sindromi splenomegaliche in bambini tubercolotici.

Arch. intern. Med., giu. — J. S. LEDUC. Trattam. delle emorragie gravi da ulcera pept. — W. L. ADAMS. Antiacidi. — T. H. MENDELL. Setticemia streptococcica. — A. W. HARRIS e al. Periarterite nodosa.

Wien. Klin. Woch., 7 lug. — H. EPPINGER. Malattia acuta del parenchima epat. — E. EARTL. Terapia dell'asma da fieno.

Riv. di Parass., giu. — B. BABUDIERI. Leptospira oryzeti. — A. CORRADETTI. Fauna anofelica nell'A. O. I.

Deut. Med. Woch., 7 lug. — GIERTHMÜHLEN e VOGES. Immunizzazione antidifterica attiva-passiva simultanea durante le epidemie.

Münch. Med. Woch., 7 lug. — H. T. SCHREUS. Eczematoide essudativo. — C. J. MIJULIEFF. Clinica dell'annegamento.

Journ. A. M. A., 24 giu. — H. RATTNER e C. HARVEY. Herpes zoster e vit. B_1. — A. ALBRIGHT. Trattam. dell'ipoparatiroidismo con diidrotachisterol.

Brit. Med. Journ., 8 lug. — W. RUSSELL BRAIN. Il sonno normale e patologico. — J. MIUTZ. Cecità improvvisa.

Presse Méd., 8 lug. — F. BEZANÇON e al. Asma e sindrome di Löffler. — A. TOURAINE e R. RUPERRAT. Amebiasi cutanea.

Nutrition, 1. Regolaz. glicidica.

Paris Méd., 8 lug. — J. MALLARMÉ. Puntura dello sterno.

Arch. It. di Chir., apr. — F. VACCARI. Rapporti tra le nefropatie e le scoliosi del rachide lombare. — T. BIANCO. Ferite da lapis copiativo. — S. CAMINITI. Mastosi.

Arch. di Pat. e Cl. Med., giu. — G. MONASTERIO. Achilie agastriche. — P. BENEDETTI. Sindrome da stasi duodenale dinamica nella mal. di Basedow.

Giorn. di Cl. Med., 30 giu. — R. PAOLUCCI. Indicazioni all'intervento chirurgico nell'ascesso polm

Arch. p. l. Sc. Med., giu. — G. MOTTURA. Stenosi del cono arter. del cuore. — G. SOTGIU. Fosforemia.

Giorn. di Med. Mil., giu. — TADDIE. Amebiasi intestin. nelle pratiche medico-legali. — PIZZILLO. Ricuperabilità militare dei malarici e terapia splenocontrattile.

Arch. Inst. Pasteur, lug. — A. ALECHINSKY. Fenomeni emorragici.

Sang, 7. P. E. WEIL e al. Glutatione ematico. — M. FAURE-BEAULIEU e al. L'anemia delle donne anziane.

Folia Med., 30 giu. — I. BRIGNOLO e G. DE DOMINICIS. Potere antalgico dell'istamina. — E. BARTOLUCCI. Vitamina E e guarig. di ferite degli organi parenchimatosi.

Bull. d. Sc. Med., mag.-giu. — G. DAGNINI. Calcolosi diffusa intraepatica. — M. PALTRINIERI. Retrazioni ischemiche di Volkmann in emofilici.

Settim. Med., 15 giu. — M. MAZZEO. Resistenza globulare dopo introduz. di adrenalina.

Wien. Klin. Woch., 14 lug. — N. v. JAGIC e H. ROSEGGER. Clinica e terapia dell'influenza. — R. TEUFL. Emiplegia senza substrato anatomico.

Med. Welt., 15 lug. — K. GUTZEIT. Trattam. dietetico delle malattie di cuore e della circol.

Journ. A. M. A., 1 lug. — H. O. MOSENTHAL e M. F. MARK. L'uso protratto di protamina-zinco-insulina. — H. F. ROOT. Arteriosclerosi coronarica.

Amer. Journ. Med. Sc., lug. — J. SMITH e al. Sulfapiridina. — S. B. NADLER e I. COHN. Policitemia familiare. — A. P. RICHARDSON. Il rosso Congo.

Paris Méd., 15 lug. — Malattie del sangue.

Osped. Magg., magg. — E. CARLINFANTI. Apteni lipoidici microbici.

Clin. Chir., giu. — S. FERRARI. Reaz. di Weltmann. — M. TRINCAS. Digiunostomia nel ristagno gastr. grave dopo resezione. — G. PICCAGLI. Pseudocisti tbc. solitaria del mesentere; occlus. intest.

Med. Klinik, 14 lug. — G. W. FREYTAG. Ferite oculari. — W. NIEDER. Mali correnti.

Ann. di Med. Nav. e Col., mag.-giu. — A. MATTEI. Febbre climatica massauina estiva.

Rev. Med. Lat-Amer, mag. — C. PICADO e W. ROLLER. Precipitina contro le glandole endocrine. — M. VAL-NTINUZZI. Nozioni di fisica dell'utero gravido.

Presse Méd., 19 lug. — A. BESREDKA. Immunità antitumorale.

Rinasc. Med., 15 lug. — S. CANNATA. Tossicosi dissenteriche nei lattanti.

Indice alfabetico per materie.

Actinomicosi gastrica primitiva . . . . *pag.* 1814
Adenocarcinoma primitivo del duodeno » 1787
Anatossina stafilococcica: potenziamento con protamina-zinco-insulina » 1795
Appendice a impianto anomalo . . » 1796
Ascoltazione: recenti ricerche . . » 1800
Bibliografia . . . . » 1810
Bromuro: intossicazione da . . . » 1816
Emorragie gastro-duodenali: cause di aggravamento . . . . . . » 1815
Fenomeni emorragici . . . . . » 1803
Flebectasie: iniezioni sclerosanti . » 1815
Gravidanze nelle bambine . . . » 1809
Iperidrosi localizzata . . . . *pag.* 1816
Ipertricosi . . . . » 1816
Malaria acuta e cronica: cura con tartaro stibiato . . . . . . » 1813
Meningite cer.-spin. nell'infanzia: valore curativo del pneumo-encefalo » 1813
Necrosi dell'esofago e dello stomaco » 1814
Nicturia nei malati di ulcera gastroduodenale . . . . . . » 1814
Reumatismo articolare cronico: diagnosi e cura . . . . . . » 1804
Stenosi aortica pura o associata ad insuffic. aortica: segno ascoltatorio » 1803

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 16 Ottobre 1939 - XVII — Num. 42

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: A. Parlavecchio: Osservazioni sul comportamento della sierolipasi in alcune forme di itterizia.
Osservazioni cliniche: S. Marinacci: Stenosi ipertrofica del piloro nei neonati. Pilorotomia extramucosa.
Note e contributi: P. Orlandini: Contributo alla cura della lebbra col metodo Hamzah.
Problemi d'attualità: A. Filippini: Nuove vedute sulla fisiopatologia muscolare e sulle miopatie.
Sunti e rassegne: INFEZIONI: J. Hartung: Contributi al quadro clinico della malaria inoculata. — A. Austregesilo: La neuromielite epidemica. — H. S. Banks: La cura della scarlattina. — G. Liebau e Schneller: La cura del digiuno nelle complicazioni di malattie infettive. — MEDICINA DI GUERRA: A. Buchka: Problemi pratici di chirurgia di guerra.
Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Crux medici. — Il complesso varicoso e la sua cura. — Le dermatiti dell'orecchio esterno. — Le forme cliniche della lambliasi delle vie biliari. — Ricerche cliniche sulla chemioterapia nelle infezioni delle vie urinarie. — Innovazioni in diatermia. — SEMEIOTICA: Segno otologico precoce della meningite tubercolare. — IGIENE: Ricerche sulla presenza del bacillo tubercolare nel latte e nei prodotti derivati. — MEDICINA SCIENTIFICA: Sulla struttura dei gameti maschili dei plasmodidi. — Raro reperto ematico e parassitario nella malaria umana. — Il potere ossalolitico del sangue nelle alterazioni epatiche.
Nella vita professionale: Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
OSPEDALE S. GIACOMO
DIVISIONE MEDICA
Primario: Dott. A. PARLAVECCHIO.

Osservazioni sul comportamento della sierolipasi in alcune forme di itterizia.

Dott. A. PARLAVECCHIO.

Da numerosi Autori è stato determinato il contenuto in fermento lipolitico del sangue nelle più svariate malattie e ciò sia per portare un'eventuale luce alla loro etiopatogenesi, sia anche a scopo diagnostico.

Evidentemente le malattie del fegato hanno assunto in tali ricerche un primo posto, data appunto la grande importanza di quest'organo nella genesi della sierolipasi. In genere dalle indagini di Friesz, Hallay Akiyama, Fiessinger, Gajdos, Pincussen e altri, nelle lesioni del fegato si avrebbe un abbassamento dell'attività lipolitica del siero: questo dato è stato anche confermato da Falkenausen nell'avvelenamento da fosforo e da Cattaneo e da Avellone sperimentalmente negli animali. Parimenti Kameo, in casi di cirrosi volgare del fegato e di tumori epatici, spesso repertò diminuzione del tenore in fermento lipolitico del siero.

Il comportamento dell'attività esterasica del siero nella tubercolosi polmonare è, malgrado le numerose indagini in proposito, ancora discusso; Cattaneo, Besta e Morellini, dopo accurate ricerche, concludono che soltanto quando la malattia comporta delle turbe che si ripercuotono sul fegato il potere esterasico si abbassa, verificandosi evidentemente ciò abbastanza spesso nei casi molto gravi.

Importanti contributi sul comportamento delle lipasi si debbono a Melli, allievo di Frugoni.

Dalle sopra riferite ricerche pertanto concordemente risulta dimostrata l'importanza delle lesioni epatiche sulle modificazioni del potere lipolitico del sangue.

Giustificato dunque ci è sembrato condurre sistematiche ricerche sull'attività esterasica del siero nell'ittero. A ciò siamo stati anche spinti dal rilevante numero di itterici ricoverati in questi ultimi mesi nel nostro reparto.

Precisamente abbiamo avuto occasione di prendere in esame sette casi di ittero catarrale, cinque di ittero da colelitiasi, due di ittero da epatite luetica, cinque di ittero infettivo (malattia di Weil).

In tutti i pazienti lo stato itterico era pronunciato ed evidente: la diagnosi sicura perchè confortata da indagini di laboratorio e radiologiche; le condizioni generali in alcuni casi, in specie nei pazienti con ittero infettivo, erano gravi, nel paziente del N. 16 gravissime (l'esito letale sopraggiunse solo dopo due giorni dall'ultima determinazione della sierolipasi).

Contemporaneamente e comparativamente fu dosato il potere esterasico del siero di un congruo numero di soggetti sani, composto in prevalenza da degenti nella nostra divisione medica, ma ormai guariti da brevi malattie episodiche o stagionali, ed in parte anche da infermieri.

L'attività lipolitica del siero fu determinata con il metodo di Rona e Michaelis. Per ottenere risultati esatti e confrontabili abbiamo impiegato tributirrina accuratamente lavata con acqua distillàta per tre o quattro volte, affinchè risultasse liberata dagli acidi grassi. Alcune gocce della tributirrina così lavata, vennero versate in una bottiglia di circa un litro di acqua distillata, che venne tenuta in agitatore per due ore. Dopo averla lasciata posare per circa 12 ore in ghiacciaia, veniva filtrata, ottenendo così una soluzione satura che abbiamo subito adoperato. La soluzione satura di tributirrina era allestita giornalmente. La scomposizione di essa fu determinata con uno stalagmometro di Rona Michaelis, contenente 140 gocce di soluzione satura di tributirrina, mentre lo stesso volume di acqua distillata corrispondeva a 98 gocce, ed anche con uno stalagmometro di Traube contenente 90 gocce di soluzione satura di tributirrina, mentre lo stesso volume di acqua distillata corrispondeva a 60 gocce. La determinazione venne eseguita nelle seguenti proporzioni: 50 cc. di soluzione satura di tributirrina + 3 cc. di soluzione tampone con Ph = 7,8 ($Na\,H^2\,P\,O^4$ 1/5 M. cc. 9,5 + $K\,H^2\,P\,O^4$ 1/5 M. cc. 0,5 secondo Sörensen) + 2 cc. di siero. Il conteggio delle gocce fu eseguito cinque volte: immediatamente dopo allestita la reazione e dopo 15, 30, 60 e 120 minuti. Affinchè la scomposizione non fosse troppo rapida si tennero le beute a temperatura di 20°. Furono sempre, a scopo di controllo, contemporaneamente esaminati sieri itterici e sieri normali. Alcune determinazioni furono anche eseguite con il metodo titrimetrico di Willstätter. La tributirrina fu controllata mescolando i vari elementi prima di ogni conteggio nelle proporzioni come nell'esperimento, con acqua distillata al posto del siero.

Il sangue nei vari pazienti veniva prelevato con l'usuale tecnica dalle vene della piega del gomito; raccolto in provette sterili veniva centrifugato per cinque-dieci minuti: nel siero così ottenuto veniva subito determinata l'attività lipolitica. Il sangue fu prelevato in tutti i pazienti al mattino, essendo essi a digiuno da circa 12 ore. Per brevità riportiamo i risultati ottenuti col solo stalagmometro di Rona Michaelis in una tabella: per ogni singolo caso abbiamo eseguito almeno tre determinazioni in giorni diversi, però, il risultato essendo analogo, riportiamo solo le medie dei vari esami.

Le cifre esprimono le differenze tra i valori ottenuti nella prima determinazione e quelli avuti dopo quindici, trenta, sessanta, centoventi minuti.

Dall'esame della tabella annessa un fatto risulta chiaro ed evidente e cioè che il potere esterasico del siero di tutti gli itterici da noi esaminati rimase conservato come di norma. Infatti esso presentò uguale comportamento di quello notato nei soggetti sani. Ma non soltanto di pari intensità è la scissione finale (dopo due ore) della soluzione satura di tributirrina, ma anche il decorso di tale scomposizione è identico e ciò risulta chiaro confrontando fra loro le cifre ottenute dopo i 15, 30, 60 minuti.

Se alcuni pazienti con ittero catarrale e con ittero da ostruzione calcolosa delle vie biliari non presentavano notevole compromissione dello stato generale, pure essendo intensamente itterici, altri, specie quelli con ittero infettivo, erano indubbiamente in condizioni gravi. Orbene in tutti, anche nel caso 16° che ebbe esito letale e reperto autoptico di atrofia gialloacuta del fegato, l'attività lipolitica del siero si mantenne normale. Questo dato è indubbiamente interessante, prestandosi anche a qualche considerazione.

Prima di tutto è da concludere che la determinazione del potere esterasico del siero nell'ittero non può avere valore prognostico, come indice cioè di gravità della malattia.

Il fegato dei nostri pazienti era indubbiamente leso: come spiegare allora la divergenza esistente tra i dati delle nostre ricerche e quelle altrui? Qualcuno sostiene che elementi della bile (specie i sali biliari) possono esercitare un'azione generale di stimolo alla produzione di lipasi. Altri invece ritengono che la stessa bile abbia potere lipolitico: ciò del re-

N.	Nome	Età	Diagnosi	Diminuz. Gocce dopo			
				15'	30'	60'	120'
1	Q. A.	22	Ittero catarrale	20	30	40	40
2	Z. S.	25	Idem	18	27	39	39
3	E. D.	33	Idem	21	29	40	40
4	R. M.	28	Idem	20	33	37	38
5	N. M.	40	Idem	15	28	35	40
6	T. A.	36	Idem	18	25	36	39
7	L. A.	26	Idem	22	29	39	38
8	M. A.	34	Ittero da colelit.	22	28	35	37
9	P. L.	44	Idem	18	30	38	38
10	O. R.	48	Idem	21	29	37	40
12	I. G.	39	Idem	25	33	40	40
13	U. B.	50	Idem	22	30	38	39
14	G. C.	44	Ittero da epatite luetica	16	25	36	38
15	E. P.	39	Idem	19	28	38	39
16	A. M.	50	Ittero infettivo	20	28	35	39
17	D. F.	33	Idem	19	30	39	40
18	A. L.	27	Idem	22	31	38	38
19	T. P.	40	Idem	20	29	37	38
20	G. S.	29	Idem	22	31	39	39
21	L. P.	22	Controllo	24	31	36	38
22	O. A.	30	Idem	21	30	38	40
23	M. A.	25	Idem	20	29	37	39
24	D. N.	40	Idem	18	25	34	37
25	F. E.	27	Idem	20	31	40	38
26	F. D.	30	Idem	19	30	38	39
27	B. M.	46	Idem	24	29	36	38
28	N. C.	20	Idem	20	32	39	40
29	P. M.	33	Idem	19	28	37	39
30	T. U.	28	Idem	20	32	39	38

sto è stato bene dimostrato dal Moraldi negli animali, benchè Allodi non abbia confermato ciò nell'uomo, non avendo trovato lipasi nella cistifellea.

Noi non abbiamo elementi che portino un utile chiarimento su questo punto, nè abbiamo avuto la possibilità di estendere il piano delle nostre ricerche in questo senso. Però, limitandoci per ora a segnalare l'importante fenomeno osservato, ci proponiamo di portare in seguito le nostre indagini anche in tale direzione.

RIASSUNTO.

L'Autore ha studiato il potere esterasico del siero di itterici in confronto con quello di soggetti sani. Tanto in casi di ittero catarrale, che da colelitiasi, da epatite luetica e da malattia di Weil ha riscontrato valori normali. Trae dal fenomeno osservato alcune considerazioni d'ordine generale.

BIBLIOGRAFIA.

1. ALLODI. Giorn. Acc. Med., Torino, 94, 134, 1931.
2. AKIJAMA. Jap. Ges. inn. Med., 28, 1926.
3. AVELLONE. Riv. Pat. Sper., 1, 385; 2, 353, 1927.
4. CATTANEO, BESTA, MORELLINI. Ann. Ist. Forlanini, 2, 122, 1938.
5. FALKENHAUSEN. Arch. F. exper. Path., 106, 132, 1928.
6. FIESSINGER, CAIDOS. Rev. méd. Mal. Foie, 3, 317, 1934.
7. FRIESZ, HALLAY. Zs. Klin. med., 113, 275, 1930.
8. KAMEO. Journ. of Biochem., 15, 229, 1932.
9. MORALDI. Riv. di Biol., 13, 116, 1931.
10. PINCUSSEN. Biochem. Zs., 223, 341, 1930.
11. RONA. Die Ferment Methoden. Berlino, 1931.
12. MELLI e LORENZI. Minerva Medica, 1930.
13. MELLI. Riv. Crit. di clin. med., 1927.
14. MELLI e RADICI. Folia clin., chim. et microsc., vol. 3, pag. 169, 1928.

OSSERVAZIONI CLINICHE

Stenosi ipertrofica del piloro nei neonati. Pilorotomia extramucosa (*).

Prof. SERTORIO MARINACCI
docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgia e Medicina operatoria, primario chirurgo Osped. Civile di Pescara.

Col metodo del Fredet, la stenosi ipertrofica del piloro nei lattanti, è facilmente curabile mediante una operazione semplice: la sezione dello sfintere muscolare o pilorotomia longitudinale extra-mucosa.

Il restringimento ha come causa essenziale una ipertrofia dello strato circolare o sfintere del canale pilorico, cioè un anello elastico e contrattile. L'ipertrofia ha una lunghezza di più centimetri: la massa sfinterica respinge la mucosa verso l'asse del canale, e solleva esternamente il peritoneo: alla vista e alla palpazione si presenta proprio come una tumefazione olivare. Dal lato duodenale l'ispessimento cessa bruscamente; dal lato dello stomaco si continua senza demarcazione netta con lo strato circolare gastrico, ipertrofico anch'esso nella regione dell'antro: il canale mucoso isolato dalla muscolare, presenta un calibro normale; il manicotto stretto e resistente che l'inguaina su una lunghezza di 2-3 centimetri, l'obbliga a piegarsi per trovar posto nella sua loggia, onde il suo lume è ridotto al minimo.

Dice il Fredet: quando si seziona un anello elastico i due monconi si allontanano ad angolo e l'arco tende a raddrizzarsi: uno sfintere cessa di agire come tale quando è rotto. Per conseguenza è sufficiente tagliare su tutta la sua lunghezza il manicotto muscolare stenosante per liberare il canale mucoso e ridare a lui la sua permeabilità: a questo si riduce l'operazione: la sua azione è anzitutto d'ordine meccanico.

Nella regione pilorica si trova, come ho detto, un tumore di solito cilindrico o olivare, liscio, regolare, duro a volte cartilagineo, che stride sotto il taglio, dello spessore di un dito di adulti, lungo circa tre centimetri, di colorito biancastro madreperlaceo, che risalta su quello roseo dello stomaco e duodeno. Al fatto meccanico che caratterizza la stenosi ipertrofica è da aggiungere l'ipereccitabilità gastrica con spasmo della muscolatura, che rimane anche dopo tolto l'impedimento meccanico, il che spiega il persistere, a volta del vomito, anche vari giorni dopo l'operazione, e di questa eventualità è necessario prevenire i genitori, nè attribuirlo a un insuccesso operatorio, quando si è sicuri di aver bene eseguita l'operazione.

Si deve anche tener presente che il tumore pilorico termina bruscamente al lato del duodeno: esso appare nel lume duodenale come un collo uterino nella vagina; però è un collo poco sporgente e fra esso e la parete duodenale esiste un cul di sacco poco sporgente: per questa disposizione, non esistendo cioè un limite netto del tumore dal lato duodenale, può capitare di aprire, nella sezione dello sfintere ipertrofico, il lume duodenale, accidente grave, ma abitualmente riparabile quando l'operatore se ne accorge.

Per spiegare la patogenesi della malattia sono state affacciate numerose ipotesi. Weil e Pèhu sostengono che la stenosi pilorica sia dovuta a lesioni infiammatorie che dalla mucosa si propagherebbe alla muscolare del piloro: però se si riflette che in molti casi, come p. e. nel mio, la mucosa non era affatto aderente alla muscolare, si comprende come l'ipotesi non sia accettabile: se vera, questa ipotesi, l'operazione del Fredet non sarebbe eseguibile perchè la mucosa non sarebbe scollabile e isolabile dalla muscolare. È noto d'altra parte che la malattia si manifesta clinicamente non subito dopo la nascita, ma dopo qualche settimana, e perciò Finkelstein, Thomson e Majer ritengono si tratti di un piloro già primitivamente e congenitamente ipertrofico a cui si aggiunge uno spasmo che renderebbe totale la stenosi, facendo aumentare l'ipertrofia già esistente: teoria dello spasmo ipertrofizzante; teoria oggi più ammessa e che spiega perchè la malattia si manifesta non subito dopo la nascita e perchè a volte si manifesta bruscamente.

Secondo altri, invece, (Hirschprung, Fredet, Ombredanne, ecc.) si tratterebbe di malformazione congenita: la malattia sarebbe dovuta a uno sviluppo anormale della muscolatura pilorica e si accompagnerebbe ad altri vizi di conformazione.

I sintomi della malattia, per solito, compaiono durante la terza o la quarta settimana, molto di rado prima. Fredèt distingue due forme: una acuta da tutti ammessa, l'altra cronica che forse più propriamente potrebbe chiamarsi forma incompleta di stenosi, che molto facilmente può confondersi col piloro spasmo: primo sintomo è il vomito che assume rapidamente una forma caratteristica;

(*) Il caso fu comunicato al XLV Congresso di Chirurgia. Roma, ottobre 1938-XVI.

sono, cioè, vere proiezioni alimentari: tutta la poppata viene riemessa in un sol getto; il vomito avviene a volte subito dopo l'ingestione del latte, al più tardi dopo un quarto d'ora o mez'ora.

Il bambino succhia con avidità, ma poi si agita, si lamenta, si contorce finchè non ha vuotato lo stomaco; subito dopo torna a succhiare, e si ripete sempre il solito ciclo: vi è naturalmente stitichezza, diminuzione delle orine: il peso che nei primi giorni era andato aumentando, diminuisce rapidamente, e i bambini si riducono scheletrici, con pelle rugosa, aggrinzita e ricca di pliche, come si può vedere dal caso che presento. Secondo Feer e Finkelstein il bambino assumerebbe una singolare espressione del viso che sarebbe quasi patognomonica: fronte solcata da rughe orizzontali, la testa reclinata ostinatamente e fortemente dietro, i capelli disposti sul tipo del ciuffo di Freund. All'ispezione si può notare spesso una peristalsi gastrica visibile, e alla palpazione in molti casi si riesce a sentire il tumore pilorico.

Quando è possibile l'esame radiologico con l'ingestione di bario si nota uno stomaco più o meno dilatato con contrazioni violenti e una impervietà più o meno assoluta del piloro.

La diagnosi, anche data la rarità della malattia, non è in sè difficile: il vomito caratteristico preceduto da gemiti e da agitazione del neonato, il ripetersi di esso subito dopo ogni ingestione di latte, la peristalsi visibile, il dimagramento rapido, il grave marasma e quando è possibile l'indagine radiologica devono far pensare alla ipertrofia congenita, malattia in sè molto rara. Howel ha adoperato con successo, a scopo diagnostico, il cateterismo duodenale che in condizione normale è facile, e si ha fuoriuscita di bile, mentre se la sonda non passa si tratta di stenosi più o meno grave.

Nelle stenosi gravi la malattia è rapidamente mortale se non s'interviene chirurgicamente: la prognosi diviene più riservata se si attende molto, in rapporto alle condizioni scadute di questi piccoli malati, e come dice Veau, bisogna operare anche quando l'intervento può sembrare tardivo, senza guardare il bambino, nel timore di diventare titubanti. Secondo Frèdet è bene non operare quando il bambino ha perduto il 20 o 25 % del suo peso di nascita, e quando lo stomaco è divenuto del tutto atonico: però se si riflette che i poveri malati sono destinati a morte certa, forse è bene operare anche in condizioni quasi disperate.

Terapia. — La cura medica potrà forse giovare nelle forme incomplete e nel pilorospasmo. Nelle forme gravi, cioè nelle stenosi complete non c'è che la cura chirurgica: senza descrivere le operazioni prima tentate, digiunostomia, pilorectomia, divulsione del piloro, pilorotomia seguita da piloroplastica, e oggi del tutto abbondante, sia per la difficoltà tecnica, sia perchè non rispondenti e per l'alta mortalità, si può dire che oggi le operazioni eseguite sono la gastroenterostomia e la pilorotomia extramucosa alla Frèdet. Per lo più è stata eseguita la gastroenterostomia posteriore alla Von Häcker, però tale operazione, a parte la difficoltà tecnica di esecuzione in neonati, è operazione più lunga, più completa e di necessità più traumatizzante dell'operazione di Frèdet.

Il neonato che deve subire la pilorotomia extramucosa, sarà tenuto il giorno prima ad acqua zuccherata; se non è molto deperito si può fare un lavaggio gastrico: molto utili riescono le infusioni sotto o endov. di soluzione fisiologica o di siero glucosato (10-20 cm. endov.).

È bene immergere prima dell'operazione il neonato in un bagno caldo d'acqua sterile e disinfettare la cute con alcool e etere. Per l'anestesia alcuni preferiscono l'etere, altri il cloroformio a dosi infime. Credo sia sufficiente solo qualche goccia di etere e in qualche momento dell'operazione (per chiusura della parete).

È sufficiente una piccola incisione mediana sopra ombellicale piuttosto alta: l'incisione alta e breve è sufficiente per eseguire l'operazione, previene l'eviscerazione del grosso intestino e al momento della chiusura non si è disturbati dalla presenza dell'omento: aperto il peritoneo si prende lo stomaco con una pinza a morsi e si tira dolcemente fuori in modo da vedere l'antro pilorico e il tumore che si enuclea bruscamente dall'addome. Il tumore è afferrato con l'indice e il pollice della mano sinistra: le dita si piazzano più dietro che è tere in evidenza tutta la regione anteriore. Espossibiie per mantenere il tumore fuori del ventre, evitare movimenti di « bascule » e metsendo così immobilizzato il tumore si fà colla punta del bisturi una incisione seguendo il grande asse dell'oliva in una zona possibilmente esangue: l'incisione comincia all'estremità duodenale, cammina lungo il tumore e sorpassa la sua estremità gastrica: s'incide la muscolatura dell'antro spessa, dura, che a volte stride sotto il taglio: i bordi si evertono, s'incide piano piano fino a mettere a nudo la mucosa, approfondandosi dapprima nella parte media dell'incisione per cercare di non aprire il cul di sacco duodenale; la mucosa si

*

riconosce dal suo colorito biancastro: si procede prima dal lato gastrico e poi, con molta precauzione, dal lato duodenale. Quando la mucosa è messa tutta al nudo, si scolla ai due lati dallo strato muscolare.

Se si apre la mucosa bisogna immediatamente suturarla con qualche punto in catgut: se c'è qualche vaso che sanguina si allaccia con qualche laccio montato, passato attraverso lo strato muscolare.

È bene spremere delicatamente lo stomaco per accertarsi che il contenuto gastrico passa attraverso il lume pilorico.

Si sutura la parte a due o 3 strati: è bene lasciare i punti 15 o 20 giorni specialmente se si è fatta una sutura a un solo strato. Si può dopo qualche ora cominciare l'alimentazione, frequente, e con piccole quantità di latte e acqua zuccherata, aumentando poi gradatamente.

CASO CLINICO. — Giangiacomo Enea Antonio di Concezio e di Emigliozzi Dora da Pescara, nato il 13 giugno 1938, primogenito, con parto eutocico; alla nascita pesava chilogrammi tre; dopo venti giorni dalla nascita cominciò a manifestarsi vomito subito dopo l'ingestione del latte; il bambino succhiava con avidità ma subito dopo cominciava a lamentarsi, a contorcersi ed emettere a getto tutto il latte ingerito: di nuovo tornava a succhiare e di nuovo si ripeteva il vomito; il bambino intanto deperiva in modo impressionante; il suo peso dopo quaranta giorni dal parto era di chili due. Fu internato in Ospedale il 23 luglio 1938.



FIG. 1. — Cinque giorni dopo l'operazione.

Obiettivamente colpiva la forte denutrizione, vera cachessia da inanizione: non si palpava nulla all'addome, solo la regione sopraombellicale appariva sporgente, non era palpabile alcuna tumefazione, era però qualche volta visibile l'aumento della peristalsi gastrica — per il vomito continuo di qualsiasi cosa ingerisse, non fu possibile l'esame radiologico.

Per l'anamnesi, per il vomito di qualsiasi cosa ingerisse, per l'aumento della peristalsi, per la profonda rapida denutrizione, si fece diagnosi confermata dall'intervento, di stenosi congenita del piloro, e con l'autorizzazione dei genitori, si decise l'intervento: nei due giorni che rimase in Ospedale, si cercò risollevare le forze con infusione sottoc. di siero glucosato con qualche iniezione eccitante, con clisteri nutritivi.



FIG. 2. — Un mese dopo l'operazione

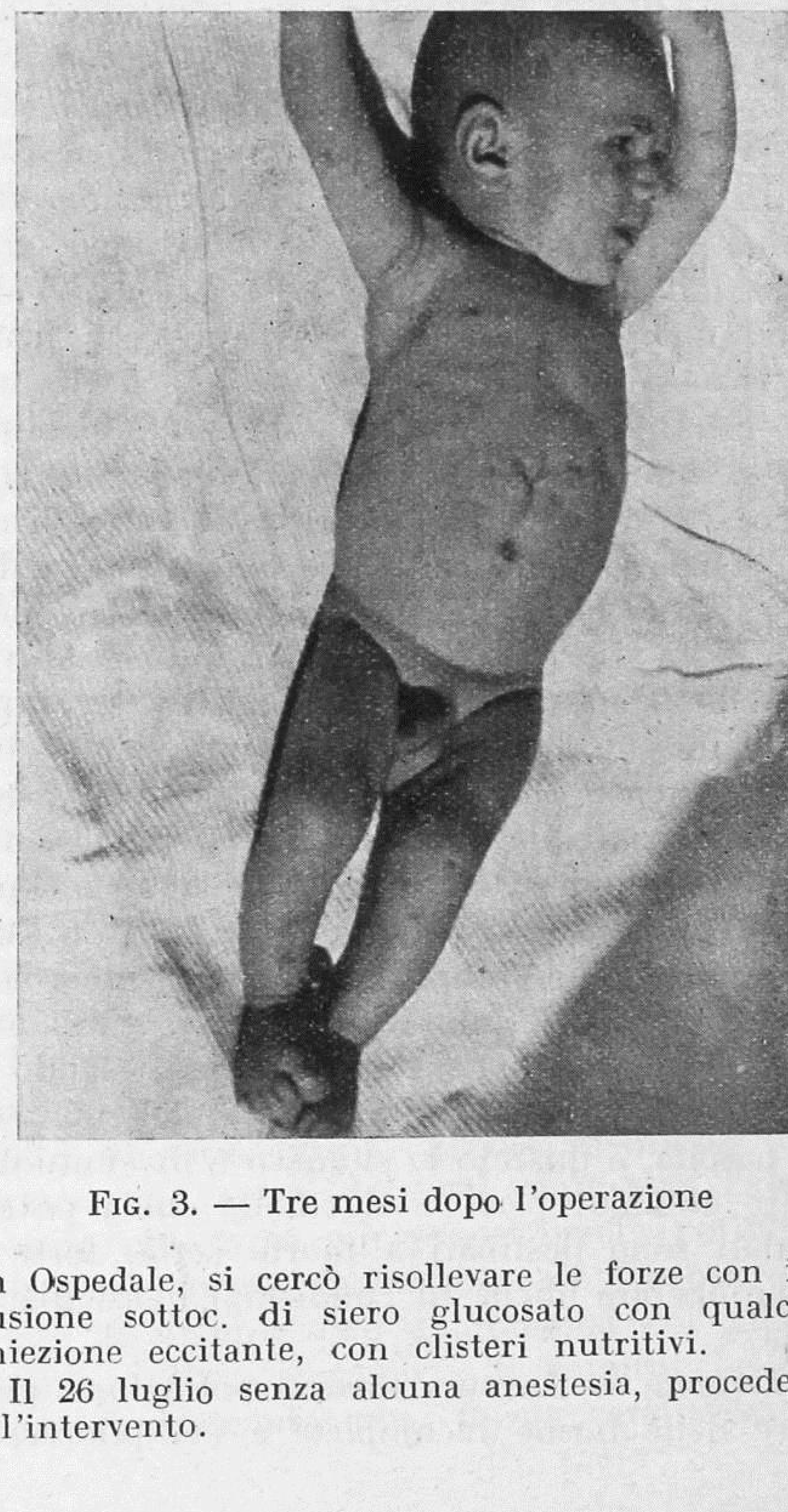


FIG. 3. — Tre mesi dopo l'operazione

Il 26 luglio senza alcuna anestesia, procedetti all'intervento.

Breve incisione sopraombellicale alta. Appare subito lo stomaco che viene delicatamente portato fuori della parete, e spontaneamente si esteriorizza il tumore pilorico; appare della grandezza e forma di un oliva — viene fissato coll'indice e il pollice della mano sinistra, e col bisturi s'incide su tutta la tumefazione nell'asse lungo di essa, dal lato duodenale al lato gastrico — la tumefazione durissima stride sotto al taglio. Si procede con molta precauzione sino alla mucosa che viene poi scollata per via smussa con le forbici dalla muscolare. Si produce dal lato duodenale una piccolissima lacerazione della mucosa che si chiude subito con un punto in catgut sottile. Quindi si spreme il contenuto gastrico attraverso il piloro reso pervio: non occorrono lacci emostatici: sutura a punti staccati della parete a due strati.

Decorso post-operatorio normale: il giorno seguente s'inizia l'alimentazione con latte o acqua zuccherata; nei primi giorni si manifesta ancora qualche vomito, che poi scompare del tutto. Il bambino comincia a nutrirsi con avidità: è dimesso dopo 15 giorni. Dopo un mese è già molto migliorato; dopo tre mesi è quasi irriconoscibile; le fotografie sono molto dimostrative. Ho rivisto di recente il bambino che è sempre in ottime condizioni.

RIASSUNTO.

L'A. tratta della pilorotomia extramucosa come terapia di scelta nella cura della stenosi ipertrofica del piloro nei neonati. Accenna brevemente alla patogenesi, alla sintomatologia e alla diagnosi della malattia. Espone i metodi chirurgici proposti, descrivendo il metodo di Fredet, o pilorotomia extramucosa: metodo di scelta.

Riporta un caso clinico osservato e operato con successo, con tale intervento.

BIBLIOGRAFIA.

DELLEPIANE RAWSON. *Stenosi ipertrofica del piloro. Trattamento chirurgico*. Semana Médica, gennaio 1928.

FRÈDET PIERRE. *La cure de la sténose hipertrophique du pilore chez les neurrissons par la pilorotomie extra-muqueuse*. Journal de Chirurgie. Vol. XXIX, n. 4, aprile 1927.

ID. Societè de Chirurgie. 6 aprile 1921.

FINKELSTEIN A. *Trattato delle malattie del lattante*. Parte II, Società Editrice Libraria, 1929.

CUAZZIERI GENNARO. *Sulla stenosi congenita del piloro. Un caso guarito con la gastro enterostomia*. Estratto dal Policlinico, Sez. Chir. 1930.

ID. *Considerazioni su di un secondo caso di stenosi congenita del piloro*. Estratto dalla Rivista di Chirurgia, anno II, n. 10.

HIRSCHFELD. *La stenosi spastica ipertrofica congenita del piloro*. La Pediatria, 1916.

WEAU-VICTOR. *Thérapeutique de la sténosi hipertrophique du pilore*. Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 1926.

WEIL et PÉHU. *La stenosi per ipertrofia muscolare del piloro dei neonati e dei lattanti*. (*Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, de SERGENT, RIBADEAU *et* BABONNEIX).

NOTE E CONTRIBUTI

Contributo alla cura della lebbra col metodo Hamzah.

per il Dott. P. ORLANDINI, capitano medico, Auto gruppo Gimma (A.O.I.).

Durante la mia permanenza al Congo Belga curai alcuni casi di lebbra usando il metodo proposto da Hamzah col timolo, e ne ottenni ottimi risultati.

Si sa che bisogna essere molto cauti nel giudicare gli effetti ottenuti con le varie cure perchè la lebbra è una malattia che ha periodi di lunghe remissioni e di ricadute.

I casi che trattai presentavano manifestazioni cutanee e nervose già avanzate ed estese. La diagnosi clinica fu sempre confermata dall'esame batteriologico. Ritenni inutile la Wassermann sia per il referto batteriologico positivo per la lebbra sia perchè (Mayer) la reazione Wassermann nella lebbra riesce positiva con una percentuale abbastanza elevata. Il metodo Hamzah è: Timolo gr. 10, olio fegato merluzzo gr. 90, S. 4 cc. ogni 4 giorni per un mese, poi la stessa dose una volta per settimana. Si possono interpretare i buoni effetti ottenuti col Timolo al fatto che il Timolo è un ottimo solvente della cera.

Il Rogers dice che « gli eteri etilici estratti dagli acidi grassi dell'olio di Chaulmogra, dissolvono indirettamente le capsule cerose del bacillo di Hansen di modo che sono così messe in circolazione delle tossine batteriche che provocano una reazione da parte dell'organismo ». Si giustifica così l'uso di varii altri solventi della cera nella cura della lebbra.

Somministravo ai casi da me trattati: Timolo-Canfora ana ctgr. 50 il mattino, in capsule, perchè le due sostanze unite formano una massa liquida; la sera davo 50 ctgr. di Trementina pure in capsule.

Questo trattamento era prolungato per due settimane, dopo di che seguiva una settimana di riposo.

L'olio di fegato di merluzzo era somministrato giornalmente in misura di un cucchiaio da tavola al dì.

Contemporaneamente a questo trattamento avevo sottoposto i malati ad una serie di iniezioni di autovaccino seguendo il metodo esposto dal Gougerot nella seguente maniera: aspiravo dai lepromi, con siringa sterile, il succo: mescolandolo ad acido fenico che oltre ad uccidere i germi è pure un solvente della cera. Dopo alcune ore aggiungevo acqua distillata da ottenere una soluzione fenica al 2 %.

Iniettavo di questo auto-vaccino 5 cc. a giorni alterni per 12 iniezioni.

I risultati ottenuti furono veramente incoraggianti e il metodo Hamzah meriterebbe di essere maggiormente esperimentato.

A proposito di sindromi endocrine nella lebbra, pubblicai ancora nel dicembre 1932 una breve nota sul « Leper Quarterly » edito dalla « Chinese Mission to Lepers » di Shanghai, dove allora esercitavo e prospettavo la possibilità che nella lebbra si potesse avere un'avitaminosi e un disquilibrio endocrino. Scrivevo.

« Si può anche supporre nella lebbra, la presenza di una speciale avitaminosi, che spiegherebbe l'efficacia esercitata dall'olio di merluzzo.

Questa avitaminosi produrrebbe una disfunzione delle paratiroidi rendendo l'organismo inabile a fissare i sali di calcio e una disfunzione epatica che provocherebbe un disquilibrio nella formazione del fosforo e della colesterina.

Infatti fu già dimostrato da Boulay, Leger, Marchaud, che nei casi di lebbra si verifica una grande perdita di fosforo e colesterina e sopratutto di calcio, che lo si trova eliminato in grande quantità nelle feci e nelle orine.

Hudellet e Moreau hanno dimostrata la considerevole trasparenza delle epifisi riscontrata negli esami radioscopici e così pure dei lunghi filamenti nerastri riscontrati nel tessuto osseo compatto delle diafisi delle falangi, e macchie biancastre di decalcificazione.

Si può anche supporre che il pancreas nei lebbrosi non produca in modo normale i suoi lipofermenti.

La stearina, steapsina, e gli altri grassi neutri non verrebbero divisi in acidi grassi e non verrebbero ben digeriti.

I grassi neutri rimanendo insoluti verrebbero utilizzati dai bacilli di Hansen in modo da proteggersi contro le naturali difese dell'organismo.

Sarebbe utile (scrivevo pure nella breve nota del dicembre 1932) sperimentare nella lebbra l'insulina come fu già utilizzata nella tubercolosi, nell'intento di regolare una disfunzione epato pancreatica ».

Ora che si sta esperimentando la ceroterapia nella tubercolosi sarebbe interessante vedere quali effetti produce nella lebbra.

RIASSUNTO.

L'A. riporta un caso di lebbra trattato con il metodo Hamzah a base di timolo e ricorda che ancora nel 1932 prospettava la possibilità che anche nella lebbra vi potessero essere dei fatti di avitaminosi e di carenze ormoniche.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Nuove vedute sulla fisiopatologia muscolare e sulle miopatie.

L'argomento delle miopatie è indubbiamente uno dei più difficili, oscuri e controversi a cominciare dal loro stesso inquadramento nella classificazione nosologica, tanto che in alcuni trattati, come nel « Lehrbuch der innere Medizin » (Springer, 1934) esse vengono considerate in due capitoli diversi, fra le malattie degli organi di movimento e quelle del sistema nervoso. Questa mancata presa di posizione corrisponde, del resto, alla controversia tuttora aperta, in riguardo alla patogenesi, fra miogenisti e neurogenisti.

Il tipo più noto e frequente è la distrofia muscolare progressiva, in cui all'atrofia di alcune masse muscolari si accompagna spesso una apparente ipertrofia di altre, col progressivo affievolimento della forza e della funzione dei muscoli stessi. Diverse sono, secondo i vari autori, le perturbazioni fondamentali da cui tale malattia deriva; per alcuni, si tratta di un disturbo nel ricambio della creatina e dell'acido fosforico, per altri di disturbi dell'innervazione muscolare simpatica o delle capsule surrenali, ecc. Caratteristica appare alle volte l'eredo-familiarità dell'affezione, che però risulta evidente soltanto in pochi casi, con inspiegabili lacune.

In questo contrasto di vedute, che appaiono soltanto delle ipotesi non accertate, portano una viva luce ed un indirizzo sicuro le ricerche del prof. G. Meldolesi, della Clinica diretta dal prof. Frugoni, rendendo chiare l'essenza e le manifestazioni della malattia.

L'argomento si presenta interessante, anche perchè la malattia occorre con relativa frequenza (lo stesso Meldolesi ne ha osservato oltre 200 casi in una zona limitata dell'Italia centrale) e perchè viene a lumeggiare molte questioni riguardanti la fisiopatologia muscolare in genere.

Il Meldolesi incomincia con l'escludere che carattere costante isto-patologico nella distrofia muscolare progressiva (D.M.P.) sia la fibra muscolare gigantesca, la quale non ha nessun significato di specificità e, spesso, nemmeno un carattere patologico.

Caratteristico, invece, *è lo scoloramento dei muscoli, che appaiono color « carne di pesce »* e che non è limitato a quelli colpiti, ma che — in grado maggiore o minore — invade tutta la muscolatura ed è, quindi, da considerarsi come sistemico. Esso costituisce il sintoma anatomo-patologico più caratteristico delle miopatie primitive.

Tale scoloramento è dovuto alla diminuzione, rispettivamente, alla scomparsa di quel particolare pigmento rosso contenuto nel sarcoplasma, la mioglobina.

La dimostrazione della deficienza in mioglobina può farsi non soltanto al tavolo anato-

mico, ma anche sul vivente, con la biopsia e — con la tecnica del Meldolesi — mediante l'esame radiologico.

Quest'ultimo si presenta di particolare interesse, perchè più semplice e più facilmente attuabile che la biopsia. Esso è fondato sul fatto che la mioglobina, per il ferro che contiene, conferisce una certa opacità al muscolo che, invece, si fa trasparente ai raggi X, con la diminuzione e scomparsa della mioglobina stessa. In tali condizioni, viene altresì messa in rilievo la struttura fascicolare del muscolo.

Tale reperto non è esclusivamente limitato alla D.M.P., ma si ha anche in qualsiasi forma di miopatia primitiva, mentre manca nelle forme secondarie e permette, quindi, di distinguere le due forme. Degno di nota è il fatto che esso si ha anche nello stadio latente della miopatia, il che è importante perchè si vengono così a colmare quelle lacune che si trovano nell'eredo-familiarità della D.M.P.

LA MIOGLOBINA E LE SUE FUNZIONI.

Gli studi e le ricerche di Meldolesi hanno non soltanto dimostrata l'importanza, nelle miopatie, di questo pigmento a cui si dà generalmente il nome di emoglobina muscolare, ma hanno anche fatto rilevare la sua funzione ed il suo significato nell'attività e nel ricambio della fibra muscolare striata.

Analoga all'emoglobina (Hb) e come essa contenente ferro, ne differisce per caratteri fisici, chimico-fisici, costituzione chimica e capacità funzionale.

Come l'Hb, consta di una globina e di un gruppo prostetico (nucleo tetrapirrolico); mentre quest'ultimo è identico nei due pigmenti, la globina della mioglobina differisce da quella dell'Hb dal punto di vista chimico-fisico e forse anche chimico. Assai più piccola è la molecola della prima ed a questo va attribuita la più bassa soglia renale e la maggiore rapidità con cui la mioglobina passa attraverso il filtro renale.

La grande importanza della mioglobina appare evidente quando si consideri che essa si trova nell'organismo in quantità non inferiori a quelle dell'emoglobina. Avidissima di ossigeno, essa costituisce il vettore di questo fra il sangue e la fibra muscolare. Da essa dipendono i fenomeni ossidativi, che si compiono nell'interno della fibra muscolare e che sono fino ad un certo punto indipendenti dalla circolazione sanguigna. La mioglobina rappresenta, così, una riserva di ossigeno nella muscolatura striata (ed anche in quella liscia); riserva che si ha in maggiore proporzione nei muscoli a funzione statica, tonica, che in quelli a funzione rapida e dinamica; riserva che spiega come i cardiaci in stato di scompenso, siano capaci di compiere sforzi muscolari a cui non potrebbe supplire il deficiente ossigeno della loro difettosa circolazione.

La mioglobina rappresenta il centro del metabolismo muscolare, il quale s'impernia in quello del glicogene, del fosfageno e dell'acido adenil-pirofosforico; le trasformazioni di queste sostanze costituiscono il substrato chimico della contrazione, arrivando ai prodotti finali rispettivi: acido lattico, creatina, acido adenilico. Nelle successive fasi di ricupero, si hanno processi di re-sintesi.

Nelle miopatie primitive, tali processi a carattere ossidativo, in cui la mioglobina ha una funzione essenziale, risultano nettamente perturbati.

Come l'Hb, la mioglobina è sintetizzata nell'organismo, ma in luoghi differenti, la prima nell'emazia, la seconda nella fibra muscolare. Al pari dell'Hb, subisce successive demolizioni, che mettono capo, per l'emoglobina alla bilirubina e, per la mioglobina, alla miobilina, molto simile alla sostanza K_2 di Fischer, ottenuta dalla bilirubina. È la miobilina — prodotto terminale della mioglobina (attraverso la mio-ematina e la mioporfirina) — che dà il colore itterico al siero dei miopatici. Si dimostra così che, accanto all'Hb, anche la miobilina può prendere parte alla genesi fisiologica e patologica dei pigmenti biliari.

* * *

Sulla base di queste osservazioni, il problema della distrofia muscolare progressiva e delle miopatie primitive — in genere — ci appare sotto una nuova luce, che lo chiarisce nettamente.

Cade la teoria neurogenista, in seguito all'osservazione che le alterazioni nervose nelle miodistrofie primitive non sono costanti e vanno considerate soltanto come una particolarità di singoli casi. Anche le alterazioni endocrine non possono considerarsi nè costanti, nè specifiche, nè frequenti nei casi comuni.

La *malattia ci appare come una perturbazione congenita nel ricambio della mioglobina*, per cui si hanno gravi e profondi disturbi nell'attività sintetica, con deficienza glicogeno-pessica della fibra muscolare e produzione (nella degradazione) di pigmenti biliari.

A sua volta, tale perturbazione è connessa:

1) con una carenza nella dieta, nel senso che la produzione della mioglobina è legata all'apporto di particolari proteine, che sarebbero indispensabili per la sintesi della frazione proteica; con una dieta carenzata in proteine di alto valore, è di fatto possibile riprodurre sperimentalmente negli animali dei fatti di D.M.P.;

2) con un fattore pancreatico che, se non è specifico, è tuttavia di grande importanza avendosi ipochilia pancreatica nel 98 % dei casi.

Rimane poi a considerare la questione dell'eredo-familiarità che in generale si ammette soltanto in una piccola proporzione di casi, perchè si considerano soltanto quelli conclamati. I caratteri radiologici messi in luce da Meldolesi permettono di riconoscere la malattia anche allo stato latente in individui consanguinei dei distrofici primitivi, ma apparentemente sani, in cui però si riscontrano di-

sturbi del ricambio analoghi di qualità e solo diversi per intensità a quelli dei miodistrofici conclamati.

Si viene così a dimostrare la stretta eredo-familiarità della forma anche in casi apparentemente sporadici. Il disturbo ereditario si trasmette come un carattere mendeliano, con notevole capacità di penetrazione, ma con scarsa capacità di espressione. Si tratta più che altro di una labilità anatomica e funzionale della muscolatura e soprattutto del suo ricambio mioglobinico. Al fattore ereditario, debbono poi aggiungersene altri a funzione scatenante, fra cui probabilmente predomina un'alterazione digestiva per deficiente secrezione pancreatica.

* * *

Tale, nelle sue linee generali quasi scheletriche il complesso edificio risultante dalle vaste ed originali ricerche compiute da G. Meldolesi con l'aiuto anche di vari collaboratori; edificio composto pietra per pietra da numerose ricerche, alcune delle quali possono anche sembrare minime (1) ma ognuna delle quali rappresenta un controllo necessario, un gradino per giungere alla mèta. Le annose questioni sulla patogenesi e sull'essenza della distrofia muscolare progressiva vengono per tal modo limpidamente chiarite e la visione si estende alle altre forme di miopatie primitive ed investe tutti i processi di fisio-patologia muscolare. AZEGLIO FILIPPINI.

(1) Una serie di ricerche, per esempio, è stata eseguita da A. M. De Orchi allo scopo di stabilire la scala dei valori medî normali della intensità di colore dei muscoli, corrispondenti a determinati contenuti in mioglobina, in modo da avere dei dati sicuri per i confronti nei casi morbosi.

SUNTI E RASSEGNE

INFEZIONI.

Contributi al quadro clinico della malaria inoculata.

(J. HARTUNG. *Klin. Wochenschr.*, 2 luglio 1939).

Le osservazioni sono state fatte su 165 uomini e 141 donne cui è stata inoculata la malaria terzana per guarire una gonorrea. Il periodo di incubazione era più breve di quanto è riferito nella letteratura: nel 90 % dei casi si ebbe il primo accesso entro 9 giorni dall'innesto, nel 60 % dei casi già entro 6 giorni. Questa abbreviazione della incubazione si ottenne per mezzo di procedimenti provocatori: iniezioni di pyrifer, di latte, di autosangue, ecc. Non ebbero invece influenza nè sulla durata della incubazione nè sulla durata e altezza degli accessi febbrili, nè il sesso, nè la via di introduzione del sangue infetto (iniezione intramuscolare o endovenosa) nè la quantità dello stesso (5 o 10 cm.) nè il periodo in cui esso venne prelevato dal malarico (durante un accesso o nel periodo interaccessuale). Per lo più la febbre venne troncata dopo 8 accessi. Dopo il 3°-4° accesso i pazienti diventano più stanchi e accusano disturbi più spiccati: da questo momento in poi essi vanno accuratamente sorvegliati dal medico. In 4 pazienti si ebbero durante la febbre dei collassi di una certa entità.

Le complicazioni più gravi si ebbero però dopo lo stroncamento della febbre: soprattutto quando questo veniva intrapreso in pieno accesso febbrile. In tre tali casi si ebbero collassi minacciosi, in altri 7, vomito violento. La malaria inoculata non va quindi mai troncata all'acme febbrile: nei pazienti molto indeboliti si ometterà persino qualsiasi chemoterapia antimalarica. In tali casi danno ottimi risultati le iniezioni endovenose glucosate (30-50 cmc. soluzione al 20 %): esse diminuiscono la febbre malarica e possono per molti giorni impedire la comparsa di nuovi accessi (in uno dei pazienti 4 infusioni glucosate portarono a benessere e apiressia per ben 3 settimane). Poichè però non si tratta di vera guarigione (la inoculazione del sangue di tali pazienti trasmette per lo più la malaria) si deve dopo alcuni giorni iniziare una chemoterapia antimalarica. I pazienti dopo la malaria inoculata sono soggetti a malattie, specie a polmoniti, a causa dell'indebolimento del loro organismo: perciò dopo troncati gli accessi febbrili essi vanno riparati da infezioni, correnti d'aria, ecc. Nè la cura chininica nè la plasmochinica o atebrinica ebbero alcuna azione profilattica di fronte a successive bronchiti o broncopolmoniti.

P.

La neuromielite epidemica.

(A. Austregesilo. *Atti dell'Acc. Med. Lomb.* XVIII, aprile-maggio 1939).

Esistono alcuni tipi di mieliti che non si limitano al midollo, ma si diffondono ad altri territori nervosi. Così la neuromielite ottica acuta (Albut Devic), la mielite necrotica subacuta (Foix e Alajouanine), la neuromielite ottica necrotica, la neuronite infettiva (Foster Keunedy) ecc. ecc.

La neuromielite epidemica (n. m. e.) è malattia dovuta a virus ignoto, con compromissione dei nervi periferici, del midollo, del bulbo e talora dell'encefalo.

Inoculando materiale di tali distretti in conigli e cavie, si ottiene un'infezione con spiccati segni nervosi (paresi, encefalite ecc.), spesso mortale.

La n.m.e. è stata finora segnalata in Brasile da Austregesilo. Negli uomini la mortalità è del 31,3 %.

Le lesioni anatomopatologiche consistono in congestione e talora emorragie della sostanza nervosa. Istologicamente si notano alterazioni flogistiche e degenerative. Le prime consistono in infiltrazioni monolinfocitarie, spesso perivasali. Le seconde in degenerazioni vacuolari, adipose ecc.

Frequenti sono lesioni infiammatorie e processi distrofici muscolari.

L'inizio della n.m.e. è quello di una infezione banale. In seguito si manifestano, spesso rapidamente le paralisi, talora a tipo ascendente, talora con sindrome bulbare gravissima, talora con i sintomi di una banale polineurite a cui però si aggiungono precocemente disturbi sfinterici.

Frequenti sono le complicazioni (polmoniti, cistiti ecc.) e le amiotrofie secondarie. Spesso si notano turbe neurovegetative (sudori, rossori ecc.).

Il liquor mostra spesso aumento delle globuline, dell'albumina e dei linfociti, con R.W. talora positive, ma che l'A. considera aspecifiche.

Nel sangue si ha lieve polinucleosi neutrofila.

Anche se il p. guarisce, sono frequenti esiti di lesione midollare cronica (Babinsky, ipertonie, atrofie, ecc.).

La cura consiste in metalli colloidali, salicilici, vitamine ecc. Sibilia.

La cura della scarlattina.

(H. S. Banks. *Practitioner*, giugno 1939).

Secondo le moderne vedute la scarlattina non sarebbe una malattia per sè stante ma una sindrome particolare che può verificarsi nel corso di infezioni da streptococco emolitico. La sindrome scarlattinosa, caratterizzata essenzialmente dall'esantema eritematoso, dall'arrossamento delle fauci e dalla lingua a lampone, sarebbe prodotta da una particolare esotossina, la così detta tossina di Dick o tossina eritrogenica derivante in varia quantità da alcuni dei 24 tipi di streptococchi emolitici patogeni per l'uomo. Alcuni di questi tipi danno una tossina che è più eritrogenica delle altre, e dall'altra parte vi sono individui (con reazione di Dick positiva) che sono più degli altri suscettibili a questa tossina. Dall'interazione di questi due fattori, tossina eritrogenica e particolare suscettibilità individuale, dipende se un'infezione streptococcica dà o meno la sindrome scarlattinosa.

È noto che lo stesso tipo di streptococco produce lesioni differenti a seconda dei tessuti attaccati: tonsillite, scarlattina, rinite, sinusite, otite media, eresipela, infezione puerperale, reumatismo. E la sindrome scarlattinosa non è necessariamente, quantunque lo sia abitualmente, legata allo sviluppo dello streptococco nelle fauci. Può svilupparsi da infezioni streptococciche di ferite, abrasioni, scottature e simili, per modo che si hanno le scarlattine così dette « chirurgiche » o « extratonsillari », forme che probabilmente hanno una contagiosità molto bassa.

La terapia della scarlattina non può prescindere da queste nuove concezioni etiologiche, sopra tutto nei riguardi della contagiosità e quindi dell'isolamento.

La scarlattina non sempre dà per contagio la scarlattina, ma talvolta dà altre forme di affezioni streptococciche e viceversa. Pertanto l'isolamento per essere effettivo dovrebbe riguardare tutte le forme di infezioni streptococciche specie quelle delle vie aeree superiori.

Per quel che riguarda il trattamento specifico bisogna tener conto che l'esperienza di una quindicina d'anni ha dimostrato che l'antitossina è il medicamento migliore per le forme con esantema ed abbastanza efficiente nelle forme con edema delle fauci senza esantema. I benefici sono notevoli in tutti gli stadii della malattia: si ha un notevole abbassamento della febbre, miglioramento dei sintomi generali, riduzione dell'angina e dell'edema delle fauci e conseguentemente del dolore e del fastidio alla gola, nonchè più rapido impallidimento dell'esantema.

Tali effetti si ottengono, tranne che nelle forme gravi settiche e tossiche, con una iniezione intramuscolare di 30-40 cmc. di siero (pari a 6000-8000 unità U. S. A.) durante i primi tre giorni. Nelle forme medie è sufficiente la metà di tali dosi.

Effetti migliori si hanno con le iniezioni endovenose o intraperitoneali di 20 cmc. di siero negli adulti e 10 nei bambini. In tal modo molto spesso si riescono ad evitare le complicazioni più gravi (nefrite, artrite) ed a

ridurre le probabilità di altre (l'otite media si riduce del 50 % dei casi).

La dieta deve essere leggera nel giorno in cui si pratica l'iniezione.

I malati trattati con l'antitossina devono rimanere in ospedale non più di due o tre settimane, perchè dopo tale periodo essi diventano particolarmente suscettibili al contagio di altri tipi di streptococchi e quindi alle ricadute.

Quantunque l'esperienza fatta finora con la sulfonamide non sia stata molto larga, sembra tuttavia che questo farmaco non abbia alcuna azione nella fase tossica acuta della malattia: la temperatura, l'angina e l'esantema non subiscono modificazioni. Ciò probabilmente vale anche per le altre complicazini tossiche come la nefrite. Nelle complicazioni settiche, come ad es. nell'otite media, sembra che si abbiano risultati discreti dalla combinazione della sieroterapia con la chemioterapia.

Il siero di convalescenti, largamente adoperato in America ed in Danimarca, non è più efficace del siero comune. Contiene minore quantità di antitossina e quindi ne occorrono dosi piuttosto elevate (20-100 cmc.) Ha però il grande vantaggio che può essere impunemente iniettato per via endovenosa e che non dà manifestazioni anafilattiche.

La profilassi mediante iniezioni preventive di siero è stata praticata negli Stati Uniti in grandi masse e specialmente nelle scuole. Si è notata una notevole riduzione della morbosità. Ma in effetti tale profilassi è utile quando si tratta di epidemie di forme gravi della malattia. Ma quando questa assume una forma lieve la sieroterapia preventiva non sembra consigliabile perchè a causa delle grandi dosi di siero occorrenti si hanno reazioni molto vivaci. D'altra parte l'immunità conferita non dura molto a lungo e non previene l'insorgenza di altre manifestazioni d'infezione streptococcica.

Le applicazioni locali alle fauci (gargarismi, doccie, ecc.) sono passate di moda da che si è constatata l'efficacia della sieroterapia. Basta timitarsi alla semplice pulizia della bocca,

Il regime alimentare deve essere piuttosto abbondante.

Quando si manifesta la nefrite acuta la dieta deve essere liquida (comprendente il succo di 16-12 aranci), e occorre che il paziente osservi il riposo assoluto in ambiente caldo. Nella grande maggioranza dei casi in capo a poche settimane la nefrite scompare, ma vi sono casi nei quali, malgrado ogni cura, evolve verso l'anasarca e l'uremia.

Le eventuali manifestazioni articolari si curano con i salicilati.

L'otite media sembra si giovi dei preparati sulfamidici. Occorre la pulizia minuziosa asportando accuratamente la secrezione: quindi s'instillano goccie di glicerina e alcoole (glicerina gr. 15 e alcoole gr. 5) e si unge il meato con pomata a base di mercurio, piombo e zinco. Eventualmente si pratica il drenaggio della tromba di Eustachio. DR.

La cura del digiuno nelle complicazioni di malattie infettive.

(G. LIEBAU e SCHNELLER. *Münch. med. Wochens.*, 11 agosto 1939).

Le cure di digiuno vengono ora nuovamente in onore. Sotto l'influenza della dottrina delle calorie considerata troppo unilateralmente, si pensò un tempo di togliere al febbricitante tutte le energie alimentari, per non « nutrire » la febbre. D'altra parte, si pensa che esso — per i maggiori consumi del suo ricambio — ha bisogno di maggiore nutrimento, che « fornisce la forza ». In pratica, si era finito per adottare delle mezze misure, con una « dieta febbrile », quantitativamente minore di un tempo e costituita essenzialmente da latte, frutta. Rimane però sempre lo scoglio della ripugnanza che i malati acuti infettivi hanno per l'alimentazione.

In riguardo alla febbre, le nostre nozioni si sono modificate ed in molti casi, si tenta non già di eliminarla, ma anzi di aumentarla influendo così favorevolmente sul decorso della malattia. Lo stesso si può dire della sottrazione di nutrimento che, accuratamente dosata e messa in opera al momento giusto, costituisce un buon aiuto terapeutico.

Il valore pratico del digiuno non ha, oggi, più bisogno di essere dimostrato se anche, per un certo tempo sotto il prevalere delle nozioni fisiche e chimiche, esso è stato un po' trascurato dalla così detta medicina scolastica. Oggi che le nozioni di fisiopatologia del ricambio sono meglio considerate, esso è nuovamente entrato in molte cliniche.

Si sono escogitati diversi metodi di ricerca per dimostrare obbiettivamente l'influenza del digiuno; fra essi, la determinazione della velocità di sedimentazione delle emazie, la quale però non ha praticamente nessun valore, in quanto che, pur con fenomeni clinici soddisfacenti, essa dà risultati diversi. Anche il miglioramento di sintomi clinici subbiettivi non può essere invocato per giudicare del valore del digiuno come cura. Meglio vale, invece, tener conto delle complicazioni che. p. es., nella scarlattina e nella difterite l'A. osserva quasi costantemente nell'ospedale Urban di Berlino e vedere se la cura dello « shock » digiunale riesce a diminuirne la frequenza.

Usuali sono, fra tali complicazioni i rigonfiamenti ghiandolari, specialmente sottomandibolari con febbre che continua a lungo; seguono poi gli stati irritativi delle mucose (naso, gola, vescica, orecchio medio), dolori articolari, cefalee, lesioni cardiache che vanno dalla semplice tachicardia ai disturbi più gravi. Tut-

te le complicazioni, salvo la paralisi difterica, costituiscono delle indicazioni per la cura con lo « shock » digiunale, che in detto ospedale viene eseguita abbastanza spesso (247 cure in 14 mesi).

Tale cura consiste nel tenere il malato per 2-4 giorni (generalmente 3) a soli succhi di frutta, con aggiunta di un po' di tè (circa 1/2 litro al giorno; dal secondo giorno il paziente richiede ancor minore quantità di liquido). Ogni giorno di digiuno si fa, al mattino, un clistere; come passaggio all'alimentazione, si fa un giorno con molta frutta.

La cura non incontra nessuna difficoltà e non provoca danni di sorta. Il peso diminuisce, di solito 1, al massimo 2 kg., ma riprende poi rapidamente.

Per giudicare degli effetti della cura da un punto di vista essenzialmente obbiettivo, l'A. ha considerato il decorso della temperatura in 100 casi di difterite e 100 di scarlattina, tutti sfebbrati già al primo giorno di digiuno; l'apiressia fu permanente in 74; in 94, invece la febbre riprese dopo qualche giorno; un nuovo « shock » digiunale la fece scomparire gradatamente nella maggior parte, mentre in 32 rimase; a 17 di questi, venne prescritto un altro digiuno che risultò efficace in 15.

Sorprendente è anche l'effetto analgesico, specialmente in malati con tumefazioni ghiandolari dolorose, artralgie e dolori reumatoidi. Anche il catarro delle mucose subisce evidenti miglioramenti, sicchè si sono vedute scomparire in pochi giorni delle secrezioni purulente, che duravano da settimane.

Questa cura con lo « shock » digiunale non è affatto specifica per l'una o l'altra malattia, ma rientra nelle misure terapeutiche generali, al pari del riposo in letto. In alcuni casi, essa può sostituire l'azione analgesica ed antipiretica della chemioterapia.

Si può obbiettare che la febbre, l'infiammazione ed il catarro sono dei processi che l'organismo mobilita per combattere la causa morbosa e che il digiuno, opponendosi in certo modo ad essi, potrebbe nuocere. Ma, poichè con il migliorare di detti fenomeni si accompagna anche il miglioramento generale del malato, si deve ritenere che il digiuno mobilizza delle reazioni terapeutiche tanto intense che l'organismo può rinunciare a quelle meno efficaci della febbre, dell'infiammazione e del catarro. Il digiuno, pertanto, non va considerato come antipiretico od antiflogistico, ma come rimedio generale, Se nonostante esso, permangono la febbre e l'infiammazione, ciò significa secondo l'A. che l'organismo, con il solo aiuto della sottrazione di alimenti, non riesce a dominare la infezione. Del resto, la ripugnanza che si ha generalmente nel periodo acuto per l'alimentazione indica già una misura difensiva dell'organismo. Anche il digiuno, al pari di altri rimedi, va applicato con un certo ritmo e con le necessarie pause. *fil.*

MEDICINA DI GUERRA.

Problemi pratici di chirurgia di guerra.

(A. BUCHKA. *Wien. Klin. Wochenschr.*, settembre 1939).

Nella guerra del 1914-1918 quasi il 50 % degli appartenenti all'esercito sono stati almeno una volta feriti. Il 15 % dei soldati colpiti sono morti sul campo di battaglia, il 5 % è morto più tardi: del rimanente 80 %, un terzo è ridiventato abile al servizio nel campo stesso, un terzo nelle retrovie, gli altri o vennero a morte più tardi o rimasero inabili al servizio di guerra. Nei caduti le cause di morte furono ferite alla testa nel 47,2 %, ferite al torace nel 20,1 %, ferite dell'addome e bacino nell'11,8 %, delle estremità nel 9,9 %. La causa immediata della morte è stata l'emorragia nel 40-50 % dei caduti. Dei feriti il 14,4 % presentava lesioni alla testa (di queste il 2 % lesioni delle ossa craniche e solo il 0,72 % lesioni del cervello); il 6,2 % lesioni del torace (di queste il 2,6 % ferite della pleura o del polmone); il 4,3 % lesioni addominali e pelviche (di queste l'1,01 % lesioni di visceri); il 63,6 % lesioni delle estremità (tra cui 25,7 % fratture) e articolazioni; nel 37,9 % lesioni di parti molli.

La frequenza e la gravità delle lesioni della testa sono molto diminuite con l'uso dell'elmetto. Si distinguono ferite da proiettili di striscio, ferite tangenziali, ferite segmentali, diagonali e ferite con permanenza del proiettile nel cranio. Queste ferite sono sempre accompagnate da segni di commozione cerebrale; in contrasto con le lesioni craniche del tempo di pace, la commozione è però talvolta lieve e transitoria, tanto che anche feriti con gravi lesioni craniche talvolta si recano a piedi al posto di medicazione. Nelle ferite da striscio e in quelle in cui il proiettile è rimbalzato, il primo soccorso consiste nella revisione della ferita con escissione dei margini sporcati ed eventualmente sutura: è molto importante stabilire se esistano lesioni ossee, che verranno convenientemente trattate secondo le direttive usuali.

Nelle ferite tangenziali l'osso si scheggia longitudinalmente, e deformandosi verso l'interno talvolta lede il cervello. Queste ferite rappresentano il principale contingente della chirurgia cranica di guerra, che deve naturalmente essere in questi casi operatoria (escissione dei margini, allontanamento di frammenti ossei staccati o quasi o di tessuti sporchi, lisciamento dei margini ossei col Luer, scoprimento e accurata revisione della lesione cerebrale). Per lo più, soprattutto se esiste pericolo di infezione, non si chiuderà la ferita per prima, ma tamponando in modo non stipato si chiuderà la pelle con punti distanziati o si farà a meno di sutura. In tutti i casi è necessario l'esame radiologico per constatare

la esistenza di frammenti e la eventuale posizione del proiettile. Le ferite segmentali presentano un foro di entrata e un foro di uscita, il proiettile ha perforato un segmento dell'arcata cranica: nelle ferite diametrali esso compie invece il diametro completo. Queste ultime sono spesso subito mortali, le meno gravi sono le ferite bitemporali. La cura di queste ferite è operatoria se esistono frammenti ossei, altrimenti è preferibile la cura conservativa. Ci si asterrà ad ogni modo, nella ricerca dei frammenti, di maltrattare troppo la sostanza cerebrale e soprattutto di seguire o anche sondare tutto il canale del proiettile.

Nel polmone i proiettili di fucile spesso lasciano solo un sottile canale di passaggio senza manifestazioni cliniche imponenti: invece i frammenti di bombe e granate formano delle cavità di sfacelo più o meno vaste, per lo più con danno analogo al torace osseo. In questi casi lo shock imponente, la dispnea e l'emottisi denotano la gravità della lesione. In genere in circa 3/4 dei feriti al polmone si osserva emottisi. La dispnea è data dal pneumotorace, da emotorace, o dalla entità della lesione del polmone. Un pneumotorace chiuso si forma se al momento della ferita è penetrata aria nella pleura ma la piccola ferita si è poi richiusa: o se l'aria è penetrata da un grosso ramo aereo, nel qual caso si può avere il pneumotorace a valvola (penetra più aria di quanta ne esca). Prima indicazione è in questi casi la puntura del pneumotorace. Naturalmente si curerà al più presto la ferita attraverso cui entra l'aria. Si attenderà però, per quanto possibile, che il ferito si rimetta dallo shock iniziale. Intervento in narcosi e iperpressione. Se esiste una comunicazione aperta tra il cavo pleurico e l'esterno attraverso una lesione della parete toracica, si ha il pneumotorace aperto: a causa della pressione positiva unilaterale nella pleura aperta e i movimenti di accompagno dell'emitorace leso si sviluppa il temuto « flutter mediastinico » che stirando i grossi vasi e il cuore spesso conduce a morte se non si soccorre a tempo. Se non è possibile operare radicalmente o non è opportuno per pericolo di infezione, nelle distruzioni della parete toracica si procederà al tamponamento alla Mikulicz del cavo pleurico per evitare il pericolo più immediato del « flutter mediastinico ». Nel 60-70 % dei casi si sviluppa un emotorace: talvolta può essere indicata la puntura. La situazione è gravissima se oltre a un pneumotorace aperto si ha anche una emorragia da grande vaso polmonare: questi casi in genere non sopportano un intervento chirurgico. Il primo soccorso in tutte le ferite degli organi respiratori consiste in riposo assoluto, posizione sollevata del torace, fasciatura toracica impermeabile all'aria e molta morfina nei primi giorni. Nelle ferite da fucile con perforazione semplice o con permanenza del proiettile, senza pneumotorace è preferibile la cura conservativa (riposo, morfina, scopolamina); lo stesso nelle emorragie pleuriche (al caso puntura). Negli altri casi si dovrà invece operare.

Nelle ferite dell'addome per lo più sono lesi più organi insieme: da ciò la cattiva prognosi e la difficoltà di cura. Queste ferite sono accompagnate da una serie di sintomi precoci (shock, sensibilità di tutto l'addome, tensione delle pareti muscolari, vomito, segni di emorragia interna, ecc.) mentre dopo qualche tempo compaiono i segni di una incipiente peritonite. Tipica è la posizione dei feriti che giacciono con le gambe rattrappite e hanno un respiro costale. Fino a 12 ore dopo il trauma, la peritonite incipiente può ancora guarire con l'operazione, poi in genere non più: l'addome va quindi aperto quanto più presto è possibile. Se la diagnosi è incerta (ferita delle pareti o penetrante) servirà da guida l'accurata osservazione del ferito, fatta di 2 in 2 ore, con la « mano al polso ». L'incisione si farà o sulla linea mediana o sulla guida della ferita. Alcuni consigliano di riparare l'intestino lesione dopo lesione, tirando fuori un segmento intestinale dopo l'altro; altri, di ispezionare vasti tratti insieme onde poter decidere se sia più opportuno suturare oppure resecare. Le principali cause di morte nei feriti all'addome sono sul campo lo shock e la emorragia, negli ospedali sono la peritonite, l'emorragia secondaria e il flemmone delle pareti addominali. Le opinioni sono discordi se nella cura operatoria è preferibile fare un lavaggio della cavità peritoneale, oppure pulire a secco con tamponi.

Due terzi di tutte le ferite di guerra colpiscono le estremità: fratture da proiettili nel 18,9 %, ferite articolari nel 6,7 %. Fratture e lesioni articolari formano quindi 1/4 delle ferite in genere: è perciò di essenziale importanza che esse siano ben curate. Sul campo di battaglia si provvederà alla emostasi e alla fasciatura asettica, quindi si provvederà con molte precauzioni al trasporto. Ogni frattura da proiettile è una frattura esposta, il pericolo principale è l'infezione: curate bene, queste fratture possono guarire in gran numero, anche se l'osso è gravemente scheggiato (molte inutili amputazioni al principio della guerra del 1914!). Appena il fratturato è arrivato all'ospedale da campo, si ravviverà la superficie traumatizzata: asportando margini sporchi, brandelli di tessuti, scheggie ossee staccate dal periostio, pezzi di proiettile, ecc. Questo ravvivamento della ferita si farà in guerra fino a 24 ore dopo il trauma: solo in casi in cui è precoce e il genere della ferita lo permette, si procederà a una sutura primaria della ferita. In genere si lascerà aperta la ferita dopo una accurata toeletta e escissione. Se vi è forte pericolo di infezione si provvederà a buone condizioni di deflusso delle secrezioni, con incisioni, controincisioni, drenaggi. Si eviterà assolutamente la ricerca del posto fratturato e tantopiù l'osteosintesi primaria, per il pericolo di infezioni secondarie. Naturalmente si iniet-

terà il siero antitetanico e al caso (vaste lacerazioni muscolari sottocutanee) siero polivalente contro la gangrena gassosa. Anche nelle ferite articolari si seguirà il criterio della escissione primaria e sutura completa della capsula, eventualmente con successiva puntura dell'emartro. Nelle gravi devastazioni articolari si dovrà naturalmente procedere a resezioni e simili. Le lesioni vasali, soprattutto le arteriose, si frenano sul campo di battaglia solo con fasciatura compressiva o laccio emostatico: si può anche afferrare nella ferita con una pinza emostatica il vaso sanguinante, e lasciare la pinza in sito, oppure tamponare e suturare con pochi punti la pelle. Naturalmente in tutti questi casi di emostasi provvisoria deve seguire quanto prima è possibile la razionale cura chirurgica (legatura del vaso, sutura vasale). Se un proiettile ha leso un nervo e determinato paralisi, ci si asterrà dalla sutura del nervo per il pericolo di infezione; poichè in circa il 45 % dei casi si ha poi la guarigione spontanea, si attenderà 4-6 mesi prima di procedere alla sutura del nervo. Le ferite delle mascelle e della faccia hanno bisogno di soccorso specializzato precoce. In casi di edema o flemmone gassoso intervento chirurgico radicale senza ischemizzare, con incisioni precoci e vaste e medicazione aperta umida; siero polivalente nei muscoli e nelle vene. P.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

ALBERTO V. GEREMICCA. *Spiritualità della natura.* Bari, G. Laterza e figli, 1939, XVII, pag. 114, prezzo L. 9.

È un piccolo volume, ma denso di svariati concetti, in funzione di piccone demolitore di alcuni principii che la scienza senza « cattedratica baldanza » ha affermati in modo categorico attraverso lunghe e controverse induzioni e laboriose deduzioni basate rigorosamente sui fatti, che appunto perchè tali sono tutt'altro che un « atto di fede ». Si può ammettere che alcuni atti della vita cerebrale, dire psichica sarebbe troppo inquietante quando si parla come fa l'A. di spiritualità della natura in senso universale, ritenuti una funzione istintiva siano una derivazione dell'esperienza o della abitudine, le quali, ripetendosi e trasmettendosi di generazione in generazione, divengono o atti riflessi o espressioni dell'incosciente.

Ma il primo uomo, o anche se si vuole il primo antropomorfo, il primo animale, la prima cellula organizzata e vitale nell'impulso alla sua conservazione e a quella della specie, meccanico, fisiologo e poi psico-fisiologico con l'ascendere della scala zoologica, a quale esperienza anteriore obbediva? Ma discutendo, sofisticando ed equivocando, il concetto dello istinto salta fuori anche per l'A.

Gli accennati fattori essenziali per la vita si trasmettono nei discendenti; tutta l'ontogenesi sta a dimostrarlo e la documentazione l'abbiamo nella ereditarietà.

Tutto ciò è logico, ma diviene assurdo quando il ciclopico piccone spezza alla base anche il concetto della trasmissione dei caratteri ancestrali e la successione germinale di quelli dei più vicini ascendenti.

Qual meraviglia, si domanda l'A., se i figli somigliano ai genitori, essendo la costituzione umorale di questi direttamente trasfusa nella prole? Che meraviglia diciamo noi se questa trasfusione, con molti altri elementi non umorali, si chiama ereditarietà? e come chiamarla diversamente?

Tutto è spirito, come forza vitale e come essenza delle cose, questa è la tesi fondamentale del libro; ma la materia non può essere spirito; confonderla con esso è fare della filosofia materialistica al cento per cento, un monismo che non si sa se materialistico o biologico.

La memoria è una funzione universale che non ha bisogno di reazioni cellulari, di organi di conservazione e di rievocazione: anche gli alberi ricordano, come le cose tutte, perchè se non ricordassero come si esprimerebbero, come potremmo comprenderli? Si chiede ancora l'A., che non ci dice tuttavia il contenuto delle sue conversazioni con gli alberi e le cose.

Noi pensiamo psicologicamente e pensiamo anche, di fronte alle affermazioni dell'A. che

l'intelligenza cosciente non ha che rapporti di collegamento con il meccanismo organico; tuttavia senza di questo essa mancherebbe di ogni rivelazione, nè potrebbe costituirsi poiche il suo patrimonio si forma per l'attività dei sensi, quindi non può essere fuori della conoscenza; ma lo spirito è sopra l'intelligenza, come ne è l'istrumento regolatore, differenziale e volitivo ed ugualmente è sopra l'istinto.

L'A. chiude la sua opera, che non difetta di originalità, con dei concetti non perfettamente chiari sullo « sviluppo e sulla evoluzione », dal momento che, a suo parere la scienza « cogli studi filogenetici entra in un campo assolutamente fantastico ». Forse un lettore ben disposto potrà trovare una maggiore chiarezza, e venire a una qualsiasi conclusione.

G. MÒGLIE.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

MM. P. DELMAS, G. GIRAUD, E. JEAMBRAU, E. LEENHARDT, I. MARGAROT, ecc. *L'examen du malade, Guide clinique de l'étudiant et du médecin.* Masson et C.ie Edit., Paris, 1939, prezzo 45 fr.

È la decima edizione di un libro non di gran mole, ma che contiene molta sostanziosa materia, un libro di semeiotica e di diagnostica completo, poichè nessuna branca medico-chirurgica vi è trascurata, ciascuna trattata dal clinico della corrispondente specialità della facoltà medica di Montpellier, in cui non difettano nomi di vasta fama come il Delmas, il Margarot, il Pagès P., il Rimbaud L. e altri.

Nel complesso è opera molto elementare, estremamente sintetica, ma di una grande chiarezza, e dominata dalla precisa intenzione di esporre lo stretto necessario per guidare lo studente alle prove di esame, il giovane medico inesperto alle prime responsabilità diagnostiche, e anche se si vuole per servire al medico pratico, non più troppo giovane, come un prontuario di soccorso alla fallace memoria nella quotidiana esperienza della difficile arte.

Una parte è dedicata all'« esame endocrinologico » il che non ha frequente riscontro anche nei più recenti manuali del genere. Ma in particolar modo ha colpito la nostra attenzione quella parte che si interessa dell'« esame psichiatrico » che anche nei maggiori trattati nostrani di semejotica e di diagnostica viene completamente dimenticata come qualche cosa di troppo astratto, di troppo immateriale, che ha un inquietante e non gradevole sapore di psicologia, di filosofia e magari di metafisica. *Nescio Carneades iste qui fuerit*: e intanto su cento medici non ve ne sono a dir molto dieci che sappiano compilare un certificato per indicare un pazzo all'ospedale psichiatrico, anche se solo si richieda la molto facile diagnosi di pazzia.

Il Pagès, nel piccolo ma sugoso libro, espone in poco più di venti pagine, quanto basta perchè a grandi linee il medico pratico possa orientarsi di fronte a un ammalato della psiche, definisce nelle più elementari e fondamentali manifestazioni la sindrome che esso presenti, e termina con il precisare le norme per l'internamento e per redigere il necessario certificato a termini di legge.

Nell'insieme è un libro prezioso: nè poteva essere diversamente quando degli autentici direttori di clinica non dispregiano occuparsi *de minimis* dimenticando di essere *praetores.*

G. MÒGLIE.

ZOBOLI CARLO. *Il pnx. terapeutico nella tubercolosi dell'infanzia e dell'adolescenza.* Archetipografia di Milano, 1939.

Con l'esperienza che gli deriva dell'essere assistente in uno dei maggiori Sanatori, l'O. compila il presente lavoro presentando in uno con le più note ed accertate acquisizioni su quanto concerne la cura pneumotoracica nell'infanzia, le deduzioni pratiche risultanti dallo studio personale di un vasto numero di malati d'età variabile dai 3 ai 15 anni. E, s'intende, i malati sono stati osservati e seguiti per anni ed anni nelle loro manifestazioni cliniche, batteriologiche, radiologiche: lavoro essenzialmente clinico, pratico che non può non riuscire fecondo di risultati atti a guidare chi si accinge a lottare contro un flagello così temuto e diffuso nell'infanzia. All'uopo bene fa l'A. ad indugiarsi su quelle particolari finezze che mettono in evidenza diversi aspetti dell'applicazione pratica della metodica nel bambino. Riproduzioni molteplici di interessanti referti radiografici, tabelle fitte di dati, una nutrida bibliografia completano il volume.

MONTELEONE.

F. RATHERY. *La pratique de la cure insulinique et les diabéliques.* Un vol. in-8° di 100 pagg. con grafici. J. B. Baillière et fils, Paris. Prezzo fr. 25.

Di fronte ad un diabetico, il medico si deve porre sempre il quesito se si debba o non somministrare l'insulina e, nell'affermativa, come e quando usarla. Vi sono ancora dei pregiudizi in proposito e si hanno spesso delle nozioni imprecise. L'eccellente libro dell'A. ci soccorrerà nei casi dubbi e ci dà una quantità di utili indicazioni che rendono agevole (nei casi consueti quando non vi è coma nè gangrena) la pratica della cura insulinica adattandola malato per malato ed accennando alle controindicazioni ai possibili incidenti ed al modo di evitarli. Fido consigliere per ogni medico che abbia in cura dei diabetici.

fil.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Crux medici.

W. Nied (*Mediz. Klin.*, 14 luglio 1939) si occupa di varie affezioni comuni. Una delle malattie più ostinate è il fluor. Nella maggior parte dei casi esso dipende da un ectropion con la cura del quale cessa il fluor. Dopo pulizia con acqua ossigenata si caustica la superficie della piaga (comprese le ragadi e le sacche) con tamponcino imbevuto di soluzione di nitrato d'argento al 10 %, penetrando anche, se è possibile senza violenza, nell'orificio esterno. Quindi si introduce davanti alla portio un tampone con pomata ittiolata al 10 %, che verrà tolto dopo 24 ore. Il procedimento va ripetuto 2 volte per settimana, e dopo 4-6 settimane si ha per lo più la guarigione.

Altra causa frequente del fluor è l'endometrite. Nei casi gravi si aspetterà che le manifestazioni violente siano scomparse (riposo a letto, borsa di ghiaccio) per iniziare il trattamento locale. Questo consiste in pulizia con acqua ossigenata e introduzione di tamponi ittiolati che rimangono in sito per 24 ore. In casi ostinati sono utili iniezioni di autovaccino.

In casi di fluor post-mestruale particolarmente forte e ostinato esiste per lo più una iperplasia della mucosa: sono utili allora i raschiamenti.

Se il fluor dipende da malattie della vagina, questa va curata con acqua ossigenata, nitrato d'argento e tamponi medicati. Resistente a tutte le cure è spesso il fluor da ipoplasia degli organi genitali: si tenteranno cure generali tonificanti, cure climatiche, cure ormoniche e localmente lavaggi di camomilla.

Un'altra malattia ostinata è l'ulcera crurale. Essa dipende da disturbi circolatori locali, che eliminati consentono la guarigione. Se nell'ulcera sbocca una varice, questa viene obliterata iniettandovi dentro un cmc. di soluzione di sublimato all'1 %; dopo l'iniezione si comprime con un tampone, eseguendo anche un energico massaggio perchè il liquido si distribuisca bene. Quindi fasciatura non comprimente con pomate, e sopra questa una fascia elastica.

Le emorroidi guariscono rapidamente se in ogni nodulo si inietta una goccia di antiflebina: non si inietteranno però più di 6 noduli per seduta.

Ogni 8 giorni si ripetono le iniezioni in altri noduli eventualmente visibili. Tumefazioni comparse dopo le iniezioni svaniscono rapidamente con impacchi e supposte.

Nella sciatica si ottengono ottimi risultati con iniezioni (1-4 per settimana) di impletol. In età avanzata ricercare la presenza di artriti croniche dell'anca. Esaminare l'urina in tutti i casi.

Buoni risultati si ottengono nella pertosse con i narcotici e nella foruncolosi con l'autovaccino.

P.

Il complesso varicoso e la sua cura.

(G. Riehl. *Wien. Wochenschr.*, 1° settembre 1939).

La cura delle varici con iniezioni sclerosanti è di grandissima importanza pratica. Ottimi risultati si sono ottenuti con il morruato di sodio: in seguito si è riconosciuto che anche tutti gli altri acidi grassi non saturi hanno legati al sodio, lo stesso eccellente effetto sclerosante. Un preparato raccomandabile è il « Kainon », sale sodico di due acidi grassi: di fronte al morruato presenta il vantaggio di avere una reazione neutra. Iniettato in soluzione 3 % dà una buona trombizzazione delle varici, di regola senza provocare reazioni locali moleste. Come per gli altri rimedi sclerosanti, è però sempre preferibile ricorrervi dopo aver fatto un tentativo con soluzione di zucchero ad alta concentrazione: perchè questa non ha rivali quanto ad innocuità assoluta. Più importante che la scelta del rimedio è una esatta valutazione delle controindicazioni della terapia sclerosante: esse sono locali e generali. Tra queste ultime, oltre alle malattie acute febbrili e alle malattie croniche gravi (tisi, vizi scompensati, nefriti, diabete) si devono ricordare la gravidanza e l'età avanzata (età limite verso i 65 anni). Le controindicazioni locali dipendono dallo stato della pelle (eczemi umidi, piodermiti, ulcere infette, ecc.) o dallo stato delle vene, o del sistema arterioso. Così sono controindicazioni la arteriosclerosi e le varie forme di tromboangioite. Una delle più importanti controindicazioni è la tromboflebite delle vene profonde della gamba, sia pure antica di anni: l'iniezione nelle varici può determinare una riaccensione del processo flogistico, e sepsi anche mortale. Un buon numero di morti dopo iniezioni nelle varici dipende dal non aver considerato questa importante controindicazione. Non si faranno le iniezioni quando le vene profonde sono impervie (per lo più in conseguenza di processi flogistici passati): la pervietà o meno è dimostrata dalla prova di Perthes. La gamba del paziente in piedi viene stretta da un laccio, tanto da comprimere le varici. Il paziente passeggia per qualche minuto: se le vene profonde sono pervie, al disotto del laccio le varici si vuotano (persistono al disopra) attraverso i rami comunicanti, se invece le vene profonde sono occluse, le varici restano turgide anche al disotto del laccio. Nei rarissimi casi di occlusione della vena iliaca si forma un caput Medusae.

P.

Le forme cliniche della lambliasi delle vie biliari.

A. M. Bonanno (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, settembre 1939) passa in rivista la letteratura esistente sulla lambliasi delle vie biliari che dimostra in modo convincente che la Giardia (Lamblia intestinalis) ha potere patogeno e può provocare, nella sua localizzazione duodenale e delle vie biliari, un'entità clinica di sofferenza della cistifellea e delle vie biliari. L'A. ha riscontrato la presenza della Giardia nel liquido duodeno-biliare in 32 casi su 63 casi di lambliasi intestinale; inoltre in 5 casi in cui nel liquido duodeno-biliare era stata riscontrata la Giardia ciò non si è avverato all'esame delle feci; in tre casi poi nell'intestino fu riscontrata, oltre la Giardia, anche l'Entamoeba histolytica.

La sintomatologia, nei casi studiati dall'A., è stata molto varia: dalla comune dispepsia alla più varia sintomatologia di sofferenza delle vie biliari sotto forma di molestia alla regione epatica, dolenzia del punto cistico, sindrome dispeptica varia e capricciosa come nella colecistite calcolosa, fino alla colica biliare e alla colecistite acuta con fatti di angiocolite, all'ulcera gastrica e ai fatti di duodenite e periduodenite constatabili radiologicamente. Non sempre però la presenza di Giardia nel duodeno e nella bile si accompagna a disturbi di tali organi, per cui è prudente pensare, secondo l'A., che si devono stabilire speciali condizioni e il concorso di molteplici fattori perchè la Giardia sia in grado di provocare la multiforme sintomatologia, per esempio la compartecipazione di infezioni batteriche capaci di provocare alterazioni a tipo angiocolitico, preparando così il terreno per l'attecchimento della Giardia. F. TOSTI.

Le dermatiti dell'orecchio esterno.

Secondo H. L. Williams, H. Montgomery e W. N. Powell (*Journ. amer. med. assoc.*, 19 agosto 1939), hanno notevole importanza nella patogenesi di queste dermatiti gli strepto- e stafilicocchi; è però malagevole lo stabilire la base su cui si è stabilita la dermatite dell'orecchio esterno, se cioè batterica, fungina od allergica. Di grande importanza è spesso la compartecipazione del condotto uditivo esterno, di cui si provvederà alla scrupolosa pulizia; la collaborazione dell'otologo e del dermatologo sarà assai utile in molti casi.

Anche la dermatite retroauricolare, sia secca come umida, è frequentemente associata a reperto positivo di strepto- o stafilococchi, senza che necessariamente la forma essudativa indichi la presenza di streptococchi.

Per la cura, si eviteranno in generale i grassi per il canale auricolare, il che non toglie che Mitchel vanti eccellenti risultati nelle forme streptococciche con l'uso del precipitato bianco al 2 % in vaselina; comunque, si tenga presente che i preparati di mercurio sono spesso mal tollerati.

Gli AA. si attengono ai rimedi seguenti: 1) miscela a parti uguali di merthiolato ad 1/1000, con timolo al 2 % in alcool (il merthiolato è l'etil-mercurio-tiosalicilato di sodio. (*N. del Red.*); 2) timolo al 2 % in alcool a 95°; 3) acetato di metacresyl; 4) polvere disseccante di timolo e joduro; 5) nitrato fenil-mercurico 1/1250 in eccipiente di acido borico, ossido di zinco e talco; 6) miscela di una soluzione di bicloruro di mercurio a 1/1000, con acido borico ed alcool. Alcuni casi rispondono favorevolmente al trattamento locale con uno di questi rimedi.

Gli AA. avanzano l'ipotesi da lavoro che il fattore irritante di qualsiasi natura trova il suo pabulum nel detrito del condotto uditivo esterno e che la prima indicazione per la cura deve essere l'accurata pulizia di tale condotto, talvolta non agevole per la particolare conformazione dell'orecchio; in tale pulizia si deve anche badare a rimuovere le eventuali croste o squame presenti. In 18 su 20 casi, l'applicazione al condotto uditivo esterno dei rimedi ai numeri 4), 5), 6) ha dato eccellenti risultati; in altri, i preparati mercuriali hanno prodotto una riaccensione delle lesioni. In altri casi, il trattamento del condotto uditivo esterno non ha dato risultati di sorta.

Nelle dermatiti molto acute, si useranno le medicazioni umide con subacetato di alluminio a 0,5 % ed acido borico; nei tipi streptococcici, il violetto di genziana od il precipitato bianco; nelle forme croniche, con elementi di neurodermatite locale od eczema atopico, ittiolo al 3 % in unguento all'ossido di zinco, preparati al coaltar 2 % o di acido solforico o zolfo. *fil.*

Ricerche cliniche sulla chemioterapia nelle infezioni delle vie urinarie.

L'albucid è un derivato dall'acido sulfanilamidico. Esso (W. Reindel. *Munch. Mediz. Wochenschr.*, 21 luglio 1939) esercita un'azione elettiva nelle malattie urinarie determinate dal b. coli. Meno efficace esso riesce nelle infezioni da cocchi. Il rimedio è ben tollerato, pazienti con lo stomaco sano tollerarono benissimo una dose giornaliera di 6 gr. (in tavolette) per 14 giorni di seguito. La dose terapeutica è però molto minore, sui 3 gr. al giorno: per 7 giorni nella cistite acuta da coli, per 10 giorni nella pielite primitiva non complicata. Il rimedio va sempre preso a stomaco pieno. Una azione curativa ancora più spiccata ha la iniezione endovenosa del sale sodico dell'albucid. Per curare una infezione urinaria acuta da coli, si inietta nelle vene per 7-10 giorni di seguito, una dose giornaliera di 1,5-2 gr.; si usa la soluzione al 30 %. Nel 90 % delle infezioni urinarie da coli, il detto trattamento ha reso l'urina completamente sterile. Nelle infezioni croniche da coli e nelle infezioni da cocchi si raccomandano cicli di cura di 6-7 giorni, intramezzati da intervalli di 3 giorni fino a che l'urina diventa sterile. P.

Innovazioni in diatermia.

F. Marta (*L'Otorinolaringologia Italiana*, luglio 1939) tratta in questo articolo la vasta materia che si rapporta alla diatermia con suoi nuovi sistemi di applicazione.

Non si tratta di perfezionamenti più o meno artificiosi, ma di profonde semplificazioni pratiche che nel metodo pervengono a una vera arte nuova per destare l'immediato interesse dei medici, che, ogni giorno più numerosi, si valgono del prezioso nuovo presidio.

L'abituale sistema dell'applicazione con l'elettrodo è qui sovvertito dacchè, l'operatore incluso, nel circuito trasfonde con la propria « mano diatermica » gli effetti al paziente. La più assoluta tranquillità per questi e per l'operatore chè, valendosi dell'apparecchio del dott. Marta, la parte terapeutica è del tutto staccata dal circuito generatore.

La mano costituita in elettrodo ha evidentemente una squisitezza sensibile, una duttilità e un'aderenza che invano abbiamo richiesto agli elettrodi meccanici, aggiungendo il pregio del pronto e istintivo controllo termico che è stato fino adesso uno dei problemi più preoccupanti.

La naturale scioltezza di questo « elettrodo vivo » che libero agisce e risponde con tutti i suoi movimenti ha consentito al Marta di realizzare una nuova terapia col massaggio transtermico.

E come sono possibili le autoapplicazioni, così sono facili gli automassaggi diatermici. Basta pensare alla durata e ripetizioni necessarie in queste cure perchè divenga evidente il vantaggio del nuovo metodo, sia per il medico che non può sovente accudirvi, sia per la regolarità delle cure.

Tanto più che l'apparecchio descritto dall'Autore assicura la miglior tranquillità e garantisce da ogni insidioso imprevisto elettrico anche il profano.

È per questo che noi pensiamo che ai nuovi metodi, che concorreranno ad estendere sempre più il già vasto dominio della diatermia, sia riservato il migliore avvenire poichè non potranno non diffondersi nella pratica quotidiana di professionali e privati. *a. p.*

SEMEIOTICA

Segno otologico precoce della meningite tubercolare.

A. Malan (*Il Valsalva*, giugno 1939) segnala dei reperti otologici, che possono essere di grande utilità per una diagnosi precoce di una meningite tubercolare, nel periodo in cui con una sintomatologia ancora incerta può anche essere chiamato l'otologo.

I segni rilevati dall'A. sono i seguenti: 1) iperestesia marcata del condotto uditivo, tanto che l'introduzione dello *speculum* risveglia vivi dolori, pur non essendovi alterazioni rilevabili delle pareti; 2) membrana timpanica normale nella parte *tensa;* spicca, invece, una intensa iperemia a carico dei vasi della *pars flaccida* e del fascio vascolare del manico del martello, senza però accenno ad imbibizione sierosa intramiringea.

Tale quadro otoscopico del tutto speciale, in cui la membrana di Shrapnell col disegno finissimo dei vacuoli dilatati fa profondo contrasto col reperto delle rimanenti parti del timpano, è stato dall'A. riscontrato in 4 casi, in cui la diagnosi di meningite tubercolare venne poi confermata dal decorso della malattia.

Tale reperto otoscopico può considerarsi analogo a quello fornito dal fondo dell'occhio nelle lesioni meningee specifiche della base. Iperemia della *pars alta* timpanica ed iperemia della retina sono fenomeni paralleli, in rapporto con alterazioni dell'eccitabilità vaso-motoria. *fil.*

IGIENE

Ricerche sulla presenza del bacillo tubercolare nel latte e nei prodotti derivati.

Le ricerche sull'isolamento del b. della tubercolosi dal latte e dai suoi sottoprodotti sono state numerosissime in questi ultimi anni, specialmente in Inghilterra, dove il consumo del latte crudo è più abbondante.

In Inghilterra e in Irlanda su 75.134 esami di latte si ebbero 5248 risultati positivi (cioè 6,9 %), negli Stati Uniti su 1476 esami 126 positivi (8,5 %), al Canadà su 400 esami 34 positivi (8,5 %), in Germania su 3395, 289 positivi (8,5 %); in Italia 6,8 %, in Svizzera 8,1 %, in Polonia 22,5 %, in Olanda 2 %, al Cile 25 %, in Francia dal 5,32 al 6,66 %.

Il b. di Koch è stato trovato anche in prodotti derivati dal latte: burro, crema, formaggio. Lumière e Dubois hanno dimostrato che i b. della tubercolosi aggiunti al latte si raccolgono nella caseina, non nel latticello, nè nel burro e queste ricerche sono state confermate da altri.

Nel formaggio il b. di Koch si trova molto raramente. Invece è più frequente sulle creme, in cui Pullinger l'ha trovato nel 51,6 % degli esami. In percentuali varie, ma con certa frequenza, si trova nel burro.

A de Grolier e T. Voiculesco (*Annales de l'Inst. Pasteur*, agosto 1939) prelevarono prodotti in commercio in diversi rioni di Parigi, prevalentemente in quartieri popolari. Il metodo usato per la ricerca del b. di Koch è stato quello dell'inoculazione nella cavia, che rimaneva in osservazione per 3-4 mesi, dopo i quali l'animale subiva una prova alla tubercolina ed era successivamente sacrificato. Fecero anche numerose prove culturali.

Su 25 campioni di latte esaminati con inoculazione non trovarono mai il b. di Koch e

risultato negativo ebbero pure da 19 culture. Pel burro, 22 esami diedero 1 risultato positivo per inoculazione. Su 22 esami di creme ci furono 4 positivi, sempre per inoculazione. Su 13 esami di formaggio nessuno positivo. Su 8 esami di yogourt 1 positivo per inoculazione.

I risultati negativi degli esami del latte dipendono probabilmente dalla pastorizzazione a cui è sottoposto il latte prima di essere dato al consumatore.

L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Sulla struttura dei gameti maschili dei plasmodidi.

G. Raffaele (*Rivista di Malariologia*, fasc. 3°, 1939) ha eseguito accurate e belle ricerche sulla struttura dei gameti maschili di varie specie di plasmodidi.

La struttura dei microgameti risulta essere notevolmente diversa da quella sinora descritta: finora infatti essi sono stati descritti come sottili filamenti citoplasmatici, i quali contengono la cromatina nucleare. Invece si è potuto notare che i microgameti sono provvisti di un lungo e sottile ciglio o flagello, che aderisce per lo più al loro corpo così strettamente, da confondersi talora con esso: può tuttavia non essere coalescente al gamete e distaccarsene per tratti più o meno lunghi.

Durante il processo di maturazione dei gametociti il filamento fertile e il flagello sono emessi per l'estremo libero. L'estremo per il quale sono uniti esce per ultimo dal corpo del gametocito; essi fuoriescono e procedono nel senso dei loro estremi liberi.

Le indagini dell'A. sembrano confermare l'esistenza di una capsula attorno ai gametociti: si tratterebbe di un involucro periplasmatico, da cui fuoriesce il citoplasma che emette i gameti. Tale formazione non è risultata evidente nei gametociti femminili.

F. TOSTI.

Raro reperto ematico e parassitario nella malaria umana.

F. Jerace (*Rivista di Malariologia*, fasc. 3°, 1939), descrive un raro reperto ematologico e parassitario in un preparato di sangue prelevato da un soggetto il quale presentava, contemporaneamente, infezione da Plasmodium falciparum e da P. malariae.

Infatti a carico della serie rossa, oltre ad anisocitosi poichilocitosi e ad emazie policromatofile, si trovarono emazie con grosse granulazioni basofile, reperto piuttosto raro ed eccezionale per le emazie parassitate.

A carico della serie bianca è stato riscontrato: monocitosi di media intensità, rare cellule di Türck, e aumento notevole delle cellule endoteliali degeneranti descritte dall'A. e da Torrioli nella malaria umana.

Riguardo al reperto parassitario, molto interessante è stato il riscontrare una forma parassitaria nel citoplasma di un normoblasto basofilo. I caratteri di tale forma parassitaria la fanno interpretare o come una forma di sporulazione del P. malariae o come uno schizonte apigmentato del ciclo monogonico primario descritto da Raffaele nella malaria aviaria e nell'umana.

F. TOSTI.

Il potere ossalolitico del sangue nelle alterazioni epatiche.

G. Pennetti (*La Riforma Medica*, 27 maggio 1939), considerata l'importanza del fegato quale organo centrale del metabolismo ossalico, ha voluto indagare le modificazioni del potere ossalolitico del sangue in corso di alterazioni epatiche. Ha studiato perciò tale potere sia in pazienti con lesioni del fegato, dalle più lievi alle più gravi sia in animali (cani) che venivano intossicati con solfato di idrazina o nei quali si praticava la legatura del coledoco.

I risultati ottenuti dall'A. si possono così riassumere:

1) il potere emo-ossalolitico diminuisce progressivamente in casi di intossicazione grave del fegato, specialmente nelle cirrosi;

2) sono invece scarse ed incerte le modificazioni di esso nelle forme di epatopatie lievi, sia pure croniche; fa eccezione l'ittero catarrale durante il quale si ha una diminuzione bene apprezzabile del potere ossalolitico;

3) nei cani l'intossicazione acuta con solfato di idrazina, veleno squisitamente epatico, produce una caduta del potere emo-ossalolitico;

4) nei cani operati di legatura del coledoco si hanno modificazioni variabili del detto potere.

L'A. conclude prospettando, in linea di ipotesi, la possibilità che a causa della lesione del fegato venga a diminuire la produzione dell'*ossalasi* con conseguente diminuzione del potere ossalolitico.

F. TOSTI.

VARIA

Polimastia e gemellità.

Petrignani (*Soc. gynéc. et obstetr.*, Paris, 1° maggio 1939) ha osservato in una donna di 20 anni, in occasione del primo parto, due mammelle supplementari ascellari bilaterali, entrambe con secrezione lattea.

La madre ed una sorella di questa donna hanno pure polimastia; in questo caso, come in altri già osservati da vari autori, l'eredità mammaria si accompagna ad eredità di gemellità.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Per il coordinamento delle varie forme di previdenza fra le Confederazioni dell'industria.

In base alle direttive ministeriali sono proseguite fra le due Confederazioni dell'industria le trattative per il coordinamento delle varie forme di previdenza coll'assicurazione di invalidità e vecchiaia. È stato intanto sottoscritto un primo accordo relativo al fondo di previdenza istituito a seguito del contratto nazionale di lavoro degli impiegati dell'industria e gestito come è noto dall'Istituto nazionale delle Assicurazioni. Con tale accordo è stato convenuto che il fondo continua a esistere e ciò in armonia al desiderio manifestato dalla grande maggioranza degli impiegati i quali, pur valutando i benefìci derivanti dalla nuova assicurazione di invalidità e vecchiaia, avevano avvertito come non fosse il caso di rinunziare almeno nel primo periodo di attuazione della legge alle particolari prestazioni assicurate dalle previdenze contrattuali. Col mantenimento della gestione potrà poi completarsi l'ingente lavoro arretrato di ricostruzione dei conti individuali e potrà essere realizzato tutto il programma assistenziale previsto dal regolamento (nel campo economico ed in quello sanitario).

CONCORSI.

Posti vacanti.

Argenta (*Ferrara*). *Ente Comunale di Assistenza.* — Chirurgo primario direttore dell'Ospedale civile « Mazzolani-Vandini »; proroga a tutto il 31 ottobre.

Benevento. *Ufficio Prov. Fascista Federaz. Casse Mutue di Malattie dell'Industria.* — Capo del servizio sanitario; scad. 60 giorni dal 20 sett.; stip. L. 15.600 e 13ª mensilità; nomina di prova per 6 mesi.

Bergamo. *Amministr. Prov.* — Medico aggiunto presso l'Ospedale psichiatr. provinc.; titoli scientifici e pratici; scad. 31 ottobre, ore 18. Stip. L. 12.000 e 10 bienni di L. 550; serv. att. L. 2800. Età limite 35 a. al 1° sett. Assunzione servizio entro 20 giorni. Rivolgersi alla Segreteria gen.

Fiume. *Ospedale Civile di Santo Spirito.* — Medico primario dirigente la Divisione psichiatrica; titoli; scad. 25 nov., ore 12; stip. L. 15.000 e 3 aumenti di L. 3000; serv. att. L. 3000; alloggio e indennità di L. 3000. Rivolgersi alla Segreteria.

Pesaro (*Urbino*). *Amministr. Prov.* — Medico assistente nell'Ospedale psichiatr. prov.; scad. 30 ott.; età limite 42 a.; stipendio L. 7580 e 5 quadrienni decimo, vitto, alloggio; tassa L. 50. Chiarimenti dalla Segreteria gen.

Tradate. *Ospedale di Circolo « Luigi A. Galmarini »*. Assistente medico-chirurgo; L. 4000 annue e partecipazioni, vitto e alloggio. Scad. 60 giorni dal 20 settembre. Età limite 30 a. Rivolgersi Segreteria.

Varese. *Amministr. Prov.* — Medico primario presso l'Ospedale psichiatr. prov., con incarico di anatomo-patologo; età limite 35 a.; scad. 31 ottobre, ore 18; stip. L. 16.000 e 6 aumenti decimo; serv. att. L. 2000; alloggio o indennità di L. 2000 (se ammogliato). Assunz. servizio entro 15 giorni.

Venezia. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico nel Dispensario prov.; stip. L. 13.500 e 4 quinquenni dec. Sei posti di medico dispensariale, per le Sezioni di Mestre, Dolo, S. Donà di Piave, Portogruaro, Cavarzere e Chioggia; stipendio L. 6000. Per tutti: titoli ed esami; nomina e conferme quiquennali; età limite 40 a. al 18 agosto. Scad. 20 nov., ore 12.

Volterra. *Ospedale psichiatrico.* — Direttore: concorso per titoli; stipendio L. 25.000; aumento L. 5000 dopo 5 anni; serv. att. L. 10.000; alloggio; indennità L. 2500 per spese di riscaldam. ecc. Scad. 30 nov., ore 11. Età limite 50 a. all'1 sett. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria, in Roma.

Concorsi a premi.

R. Accademia d'Italia

Il 20 novembre scade il termine per la presentazione delle domande di ammissione al concorso per l'assegnazione dei sedici premi accademici, di lire 10.000 ciascuno e delle sovvenzioni della Reale Accademia d'Italia.

Verrà anche conferito, dall'Accademia il premio « Mussolini » del « Corriere della Sera », di L. 200.000 e questa volta l'assegnazione verrà fatta, secondo il turno, dalla classe delle scienze fisiche, matematiche e naturali.

Nel corrente anno scadranno i termini per la partecipazione ai seguenti concorsi:

Premio Santoro, di L. 10.000 lorde, per scoperte o invenzioni nel campo delle scienze fisiche e naturali. Scadenza 31 ottobre 1939-XVIII.

Premio Giovan Battista Grassi, di L. 5.000 lorde, per la parassitologia. Scadenza 31 dicembre 1939.

Premio Ettore Marchiafava, di L. 5.000, per un lavoro sui problemi epidemiologici dell'Africa Orientale con speciale riguardo ai territori italiani. Scadenza 31 dicembre 1939.

Per ulteriori schiarimenti gli interessati potranno rivolgersi alla cancelleria della Reale Accademia d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE

Congressi medici nazionali.

Si comunica che il XLVI Congresso Nazionale di Chirurgia e il XLV Congresso di Medicina Interna saranno tenuti a Napoli nei giorni 7, 8 e 9 novembre e che il XVIII Congresso di Urologia sarà tenuto a Napoli nei giorni 8 e 9 novembre.

Società italiana di anatomia patologica.

È stata costituita la Società Italiana di Anatomia Patologica, a reintegrazione della vecchia Società Italiana di Patologia. Essa si propone di promuovere gli studi di morfologia patologica in Italia e di stringere rapporti cordiali tra i cultori di questa disciplina e di quelle collaterali, in particolare delle scienze cliniche. A questo scopo saranno tenuti convegni periodici, intesi a svolgere relazioni, comunicazioni e discussioni su argomenti di anatomia e d'istologia patologica, con relative documentazioni. I Convegni saranno possibilmente annuali e tenuti in sede universitaria o in centri anatomo-patologici ospedalieri.

Il Direttorio provvisorio è composto dai proff. Pepere, Vanzetti, Sotti e Businco e rimane in carica fino alla prossima riunione, nella quale l'assemblea deciderà la sede della futura riunione, la nomina delle cariche sociali, ecc

Scuola di perfezionamento in medicina del lavoro.

La scuola di perfezionamento in medicina del lavoro della R. Università di Roma, con sede nel Policlinico del Lavoro (piazza Gentile da Fabriano 7), con l'anno scolastico 1939-40 entra nel suo 10° anno di vita. Essa ha lo scopo di perfezionare i laureati in medicina e chirurgia nella medicina del lavoro e di conferire il diploma di « Specialista in medicina del lavoro ». Tale specialità è particolarmente utile ai medici che aspirano ad essere medici ispettori corporativi, giacchè, mentre in passato era solo titolo di preferenza, oggi è invece requisito indispensabile, per l'ammissione ai rispettivi concorsi, inquantochè per legge i candidati forniti di laurea in medicina debbono avere altresì conseguito il diploma di perfezionamento in « medicina del lavoro », per essere ammessi ai concorsi per ispettori medici del ruolo dell'ispettorato corporativo.

Il diploma è altresì titolo di preferenza, da parte della confederazione dell'industria, per la nomina a medici di fabbrica. È altresì fra i titoli necessari per la nomina ad « esperti medici » presso i Tribunali e le Corti di appello, e di « periti od arbitri » nelle controversie inerenti alla assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali.

Il diploma è altresì utile per i concorsi a medici dell'Istituto assicurazione infortuni sul lavoro, dell'Istituto della previdenza sociale, delle Casse mutue malattie, e di istituti vari di assistenza medico-sociale.

L'Unione degli industriali di Roma, ha concesso, come in passato, 6 borse di studio, di L. 1.000 ciascuna, 3 per l'anno 1940 e 3 per l'anno 1941, a favore dei migliori allievi (rispettivamente 2 per gli allievi che hanno superato gli esami di profitto del primo anno e 1 per quelli che hanno superato gli esami di profitto del secondo anno e gli esami di diploma).

La scuola ha la durata di un biennio. Essa comincerà il 13 novembre.

Le iscrizioni si ricevono alla Città Universitaria sino al 4 novembre.

Per gl'invalidi del lavoro.

L'Istituto nazionale fascista per l'Assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ha acquistata presso Vicenza una grande villa con annesso parco e sono in corso i lavori di adattamento per ospitarvi i super-mutilati privi di mezzi di sussistenza.

Per i grandi invalidi della Sicilia, lo stesso Istituto ha provveduto all'acquisto di un'area di oltre 20.000 mq. nel parco della Villa Mazzarino in Palermo, dove sorgerà una Casa di riposo.

Ricordiamo che altre provvidenze sono state adottate per gl'infortunati sul lavoro con invalidità di almeno 50 %: l'istituzione del distintivo d'onore di « Mutilato sul lavoro »; il conferimento della tessera onoraria del P. N. F. e della tessera sindacale; la riduzione del 70 % sui viaggi in ferrovia per i luoghi di cura; il passaggio gratuito sulle 117 linee gestite dalla S.I.T.L.A.; la riduzione dal 10 al 25 % sui canoni di affitto da parte di tutti gli Istituti delle Case popolari; l'esenzione dall'imposta sui celibi ecc.

Filmi scientifici ai littoriali di Merano.

Si sono conclusi a Merano i Littoriali del Cinema per l'anno XVII, che hanno segnato notevoli progressi, raggiunti dai Cine-Guf. Dei filmi scientifici presentati si è avuta la seguente classifica: 1) Culture in vitro, di Carlo Baroni-Urbani del Guf di Padova; 2) Sclerosi a placche, di Luigi Piacentini del Guf di Ferrara; 3) Intervento chirurgico nella terapia della tubercolosi polmonare, del dott. Arrigo e Bruno Dallolio del Guf di Genova; 4) I temi di cura per gli esiti della poliemielite anteriore, di Gaetano Ciauri e Vittorio Carpignano del Guf di Roma; 5) Colecistite calcolosa acuta con peritonite biliare, di Ernesto Sagramoso e Lucino Emmer del Guf di Milano; 6) Ginnastica respiratoria pel miglioramento della razza, di Francesco Alliata e Francesco Cicala del Guf di Napoli.

Dei filmi scientifici extralittorali sono stati classificati: 1) Un caso di estrofia totale della vescica urinaria in una ragazza di 22 anni, di Alberto Ancillotto del Guf di Bergamo; 2) Asportazione di cancro del retto per via addomino-perineale, di Luigi Calcagno del Guf di Milano; 3) Resezione gastrica, di Luigi Calcagno del Guf di Milano. Seguono altri sei filmi classificati.

Il nuovo ospedale Westminster a Londra.

Ha cominciato a funzionare a Londra un ospedale, centro universitario e clinico, che sostituisce il vecchio « Westminster Hospital ». È dotato di installazioni modernissime ed ha realizzato un'innovazione interessante, organizzando una serie di unità cliniche: cardiologia, neurologia, gastro-enterologia ecc.; ogni specialità è dotata di sale d'ospedalizzazione e di sale di consultazione; lo stesso medico continua a seguire uno stesso malato, tanto se questo è ospedalizzato, quanto ambulatoriamente.

L'ospedale è a nove piani e copre 6.000 mq.; il 6° piano è riservato ai paganti e consta di prevalenza di camere ad un letto, alcune con camerino da bagno.

Il nuovo ospedale può accogliere 400 malati, invece di 250 come l'antico; il servizio è assicurato da ben 201 infermiere, 59 inservienti e 7 sorveglianti.

Tutta la costruzione è dotata di un massimo di resistenza, per fronteggiare l'eventualità di bombardamenti aerei; un passaggio carrozzabile, che percorre l'edificio e su cui si aprono gli ascensori, può essere ermeticamente otturato, da chiusure pneumatiche, in caso di allarme.

Assisi argentine di medicina generale.

Nella sede dell'Associazione medica argentina si sono organizzate delle assisi di medicina generale, a cura di un Comitato di clinici e patologi (M. R. Castex, B. A. Houssay, J. M. Jorge, P. I. Elizalde), presieduto dal presidente dell'Associazione.

Ogni sessione inizia alle ore 17 precise; per primo ha la parola un relatore di clinica medica generale, che dispone di 30 minuti; seguono i correlatori, che possono appartenere a campi vari: clinica chirurgica, anatomia patologica, radiologia, terapia ecc. e che dispongono di 20 minuti ciascuno. Dopo un intervallo di 10-15 minuti, segue la discussione, per la quale è riservato un tempo non superiore a 5 minuti per ciascun disserente. Gli atti vengono pubblicati sulla « Revista de la Asociación Médica Argentina ».

Il 27 agosto e il 16 settembre sono stati discussi i temi: « Diagnosi e trattamento delle grandi emorragie intestinali »; « Insufficienza surrenale »; per il 7 novembre è fissato il tema: « Diagnosi dei tumori maligni del polmone ». (« Prensa Méd. Arg. », 23 agosto 1939).

La meningite cerebro-spinale in Germania.

Secondo dati ufficiali, la meningite cerebrospinale epidemica in Germania è aumentata durante questi ultimi tempi. A partire dal 1923 e sin verso la fine del 1938, il numero settimanale dei casi nel Reich, non fu mai superiore a 53; durante l'ultima settimana del 1938 i casi salirono, per la prima volta, a 68; durante le prime 11 settimane del 1939 si annoverarono 1355 casi, entro il confine del vecchio Reich, e 1576 casi includendovi l'Austria e la Terra dei Sudeti. Il più colpito è stato il distretto di Tier, sul Reno, con 8.71 casi ogni 100.000 abitanti; Berlino occupa il decimo posto, con la quota di 1.93. L'Ufficio centrale di sanità pubblica ha diramato ai medici un memorandum, in cui dà suggerimenti sui mezzi per combattere la malattia. (« Journ. A. M. A. », 2 settembre 1939).

Codice di deontologia medica in Ungheria.

La Camera medica nazionale ungherese ha pubblicato un codice di etica, il quale forma un volume di 300 pagine, diviso in 11 capitoli. Reca le norme generali relative alle consultazioni, ai rapporti dei medici con i pazienti, ai rapporti dei medici tra loro, all'aborto terapeutico, alle misure anticoncezionali, al trattamento gratuito, al segreto professionale, ai rapporti dei medici con le società mediche, alla pubblicità dei medici, ai rapporti dei medici con le case farmaceutiche ecc. Tendenza costante del codice è la tutela della dignità medica. L'eccessiva pubblicità che alcuni medici si fanno nella stampa quotidiana, ha indotto a formulare delle norme per disciplinarla. Gli articoli pubblicati nella stampa quotidiana possono essere utili al pubblico; ma in molti casi essi non rispettano l'etica professionale. Viene proibito rigorosamente che tali articoli si risolvano in una pubblicità dissimulata. È anche rigorosamente vietata la pubblicità mediante annunzi nella stampa quotidiana. È stabilito che non possono richiedersi onorari inferiori a quelli fissati dalla Camera medica; tuttavia la tariffa degli onorari sarà stabilita in secondo tempo. (« Journ. A. M. A. », 2 settembre 1939).

Un po' dovunque

Il Ministro di Grazia e Giustizia S. E. Grandi ha diretto alle autorità competenti una circolare in cui, dopo aver fatte presenti le difficili condizioni create dalla persistente crisi economica ai professionisti più giovani, invita ad impartire istruzioni affinchè, nell'assegnazione degli incarichi giudiziari, compatibilmente con le esigenze della giustizia, siano tenuti presenti, in modo particolare, i professionisti più giovani iscritti al Partito. (La circolare riguarda anche, naturalmente, le perizie giudiziarie affidate ai medici).

La « Celebrazione dei Grandi Siciliani », che si svolge dal 25 settembre al 25 ottobre, è presieduta, per la medicina, dal sen. prof. Raffaele Bastianelli, commissario del Sindacato Naz. Fascista dei medici. Il Sindacato Medico di Palermo, d'accordo col sen. Raffaele Bastianelli e d'intesa con la Confederazione Fascista Professionisti ed Artisti, ha deciso di tenere, il 19 ottobre, una solenne speciale adunanza, in cui verranno ricordati i grandi medici che in ogni tempo onorarono la Sicilia.

Il 6° Congresso internazionale di genetica si adunò a Edimburgo dal 22 al 30 agosto e discusse i problemi dell'eredità umana. Un breve resoconto ne è pubblicato nel « British Med. Journ. » del 23 settembre.

Le prime « Giornate mediche boliviane » sono annunziate dal 17 al 24 dicembre, in Caracas, con ricco programma, pubblicato dalla « Gaceta Médica de Caracas », n. 12.

Il prof. R. Pemberton, presidente e il dott. J. van Breemen, segretario onorario e direttore dell'Ufficio internazionale di consulenza della Lega internazionale contro il reumatismo (sede centrale: Keiersgracht 489, Amsterdam, Olanda), comunicano che lo stato di guerra impedisce alla Lega di continuare i suoi lavori. Pertanto l'Ufficio viene chiuso ed i componenti della Lega sono esonerati dalle funzioni.

Il Ministero della salute pubblica del Belgio ha diretto al corpo medico un avviso in cui, dopo avere ricordato come gli organi competenti abbiano provveduto ad assicurare adeguate scorte di medicinali e il rinnovamento di esse, raccomanda di evitare prescrizioni superflue e di attenersi alla quantità assolutamente indispensabile. Suggerisce, anche, di dare la preferenza alle preparazioni magistrali anzichè alle specialità.

La Camera dei medici di Berlino ha reso noto che le ordinazioni di apparecchi contenenti acciaio devono esser fatte solo quando l'acciaio è indispensabile; che le ordinazioni di medicinali contenenti iodio (per via esterna e interna) devono essere limitate al minimo possibile.

La produzione di medicinali nel mondo è in continuo aumento. Durante il 1929 la Germania figurò nella proporzione totale in misura del 30 %; durante il 1938 giunse al 40 %. Nel 1938 le esportazioni dalla Germania aumentarono sensibilmente in Svizzera, mentre diminuirono sensibilmente negli Stati Uniti, Francia e Inghilterra.

La Lega dei medici di cassa della Germania ha fatto presente, ai medici, che nei certificati devono astenersi da qualsiasi apprezzamento peritale sulla capacità ai servizi di guerra.

Si è iniziata la pubblicazione di « Brazil Cirurgico », organo ufficiale della Società Medico-Chirurgica dell'Ospedale della Santa Casa a Rio de Janeiro; è fondato e diretto dai proff. Brandao Filho e Oswaldo de Aranjo; ha periodicità mensile. Sede degli uffici: rua Sete de Setembro 73, 1° andar, Rio de Janeiro (Caixa Postal 9673).

È stata costituita a Cuba una « Lega contro la sifilide e altre malattie veneree », sotto gli auspici dell'« Istituto nazionale di previdenza sociale » ma con carattere autonomo.

In Germania durante il 1938 furono denunziati 600 casi d'infezione da *Brucella abortus* Bang, contro 586 nel 1937 e 597 nel 1936.

In Austria continuano ad aver corso numerosi francobolli commemorativi di grandi medici: Gerhard van Swieten, Joseph Leopold van Auenbrugger, Karl Friedrich von Rokitansky, Joseph Skoda, Ferdinand von Hebra, Ferdinand von Arlt, Theodor Billroth, Theodor Meynert, Joseph Hyrtl.

In Francia si contano 9.055.000 famiglie con due coniugi viventi; tra esse ve ne sono 44,5 % con un solo figlio o nessuno.

A Parigi più di sessanta ferrovieri, che avevano preso parte ad una colazione nella stazione di Saint-Nazaire, hanno presentato gravi sintomi di avvelenamento e due sono morti.

In Germania ogni militare reca segnato, sul libretto d'identificazione, il suo gruppo sanguigno.

In Germania si è stabilito che durante la guerra i medici non possono cambiare di residenza, se non autorizzati dalla Camera medica, per motivi giustificati.

La Ditta Carlo Erba, per contribuire all'autarchia del medicamento, ha effettuato a Ozano Taro (Parma) la coltivazione del « Papaver somniferum », con buona resa in oppio e in alcaloidi dell'oppio.

Al principio delle ostilità, al confine franco-tedesco in Lorena, colpito da un proiettile che gli trapassò il cuore, cadde sul campo dell'onore e nell'esercizio della sua missione il luogotenente medico in servizio attivo MATHIEU.

Indice alfabetico per materie.

Affezioni comuni: trattamento . . . . *pag.* 1849
Bibliografia 1845, 1846
Chirurgia di guerra: problemi pratici » 1841
Dermatiti dell'orecchio esterno . . . . » 1850
Diatermia: innovazioni . . . . » 1851
Itterizia: comportamento della sierolipasi in alcune forme . . . . » 1823
Lambliasi delle vie biliari: forme cliniche . . . . » 1850
Latte e latticini: bacillo tubercolare . . » 1851
Lebbra: cura a base di timolo . . . . . » 1831
Malaria: gameti maschili . . . . » 1852
Malaria inoculata: quadro clinico . . . » 1836
Malaria: raro reperto ematico e parassitario . . . . » 1852
Malattie infettive: cura del digiuno nelle complicazioni . . . . *pag.* 1840
Medicina sociale . . . . » 1855
Meningite tub.: segno otologico precoce » 1851
Miopatie e fisiologia muscolare: nuove vedute . . . . » 1832
Neuromielite epidemica . . . . » 1839
Piloro: stenosi ipertrofica nei neonati; pilorotomia extramucosa . . . . » 1826
Polimastia e gemellità . . . . » 1852
Sangue: potere ossalolitico nelle alterazioni epatiche . . . . » 1852
Scarlattina: cura . . . . » 1839
Varici e loro cura . . . . » 1849
Vie urinarie: infezioni: chemoterapia » 1850

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 23 Ottobre 1939 - XVII — Num. 43

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: R. Rubegni: Sulla possibilità di un viraggio della reazione di Casoni dopo intradermoreazioni ripetute.
Osservazioni cliniche: A. Quattrocchi: Contributo al trattamento chirurgico di gravi deformità post-rachitiche dei femori.
Note e contributi: S. Marmo: Un'antica efficace cura del favo-antrace.
Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: P. Chatagnon e P. Scherrer: L'anoressia mentale e la sua cura d'urgenza. — D. Williams e W. G. Lennox: Il flusso cerebrale sanguigno nell'ipertensione arteriosa, nell'arteriosclerosi e nell'alta pressione intracranica. — C. H. Roggenbau: Sul nuovo metodo di cura della schizofrenia secondo Sakel. — W. Sterling e W. Stein: Il trattamento dell'ipertonia piramidale con l'ematoporfirina.
Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Arteriosclerosi e ghiandole endocrine. — Aterosclerosi coronaria nel diabete mellito. — La funzione renale nei diabetici normotesi e nei diabetici ipertesi. — Azione della lattoflavina e dell'ormone cortico-surrenale sul diabete renale e sulla glicosuria florizinica. — Uno studio clinico dell'insulina precipitata all'allume. — La sindrome di Laurence, Moon e Bardet. — A proposito dell'azione dell'adrenalina nel m. di Basedow, e il suo interesse per la prognosi operatoria. — Nota sul controllo dell'ipoparatiroidismo con diidrotachisterolo. — La follicolina nella cura delle metrorragie ginecologiche e puerperali. — MEDICINA PREVENTIVA: Vaccinazione antitifico-paratifica per via orale e agglutinine. — SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA: Diagnosi elettrocardiografica di alterazioni atriali nell'uomo per mezzo di derivazioni sternali. — MEDICINA SCIENTIFICA: Formazione di gas liberi nel sangue e nei tessuti durante la rapida decompressione. — VARIA.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA E TERAPIA CLINICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: prof. C. FRUGONI.

Sulla possibilità di un viraggio della reazione di Casoni dopo intradermoreazioni ripetute.

Dott. RENATO RUBEGNI, assistente effettivo

In questi ultimi tempi vengono riportati nella letteratura francese errori diagnostici dovuti, almeno in parte, ad una falsa risposta della intradermoreazione di Casoni. Non si tratterebbe però in questi casi del difetto di specificità di cui si è incolpata la reazione, ma invece delle modificazioni che essa subirebbe in seguito al ripetersi della prova. È veramente comune che malati, che presentino un'obbiettività tale da richiedere una diagnosi differenziale con l'echinococcosi, vengano sottoposti, a distanza varia di tempo, da parte di osservatori diversi alla reazione di Casoni, come alla prova cui, in ultima analisi, ci si affida per dirimere il dubbio diagnostico. Come pure è frequente che, di fronte ad una reazione incerta, si insista e si richiedano ad una prova ripetuta dati maggiormente attendibili. Queste evenienze sono, come si è detto, tutt'altro che rare e in fondo gli inconvenienti registrati per lo meno nella letteratura sono in proporzione in gran scarso numero. Ciò non toglie però nulla alla importanza del fatto, quando si pensi alle conseguenze veramente incalcolabili che una risposta inesatta può provocare. Ora, se è vero che ad una reazione di Casoni positiva non si può dare un valore assoluto e se le percentuali di positività nei non portatori di cisti raggiungono secondo qualche A. valori anche elevati, senza che spesso se ne possa accertare la causa, converrà non aggravare questa, secondo alcuni, scarsa specificità con false interpretazioni dovute ad una tecnica non corretta.

Già molti anni indietro Escudero e Peco, in un lavoro che avremo occasione di ricordare

in seguito, comunicavano l'osservazione di una donna in cui era stata posta la diagnosi di probabilità di cisti idatidea della retro cavità degli epiploon, in base anche ad una eosinofilia e ad una prova di Casoni positiva, benchè una precedente reazione, eseguita 15 giorni prima, fosse risultata negativa. L'intervento dimostrava invece trattarsi di un ascesso del pancreas.

Sergent e Fourestier riportavano or non è molto, l'osservazione di un individuo con una obbiettività clinica e radiologica di addensamento polmonare, che, in un secondo tempo, presentò segni di localizzazione endocranica. Le possibilità, come spesso in questi casi, oscillavano fra la neoplasia polmonare con metastasi cerebrali e un'echinococcosi; quest'ultima era confortata da una discreta eosinofilia (12 %) e da una reazione di Casoni positiva. All'intervento, e poi al tavolo autoptico, risultò un cancro polmonare con metastasi cerebrali. Senonchè la Casoni risultava positiva, dopo che 5 giorni avanti era riuscita negativa.

Successivamente Rist comunicava 3 casi di neoplasia polmonare, due dei quali erano stati portati al tavolo operatorio con la diagnosi di echinococcosi. In tutti, la Casoni, una prima volta negativa, risultava positiva rispettivamente dopo 7 giorni, 3 e 5 mesi, a tipo di reazione tardiva. Più recentemente ancora Bergeret, Léchelle, Thevenard e Charousset riportavano egualmente il caso di una giovane, affetta da cisti paraovarica a contenuto liquido acqua di rocca, in cui una seconda Casoni divenne, a distanza di qualche giorno, positiva. Si tratta quindi sempre di malati di affezioni diverse, per lo più neoplasie, in cui l'intradermoreazione al liquido cistico, una prima volta completamente negativa, appariva ad una seconda prova, a distanza varia di tempo, positiva, sia pure non in modo clamoroso, ma sempre tale da convincere perfino ad un intervento. E mentre la prima risposta corrispondeva al vero, la seconda si dimostrava erronea. Il fatto veniva spiegato dagli AA. che lo avevano osservato, con l'attribuire alla prima iniezione intradermica di antigene idatideo un'azione sensibilizzatrice, che una seconda iniezione aveva resa manifesta. Riconosciuta quasi universalmente la proprietà di antigene al liquido della cisti di echinococco, l'interpretazione data al fenomeno si accordava, almeno teoricamente, coi dogmi delle reazioni anafilattiche. Ammesso questo però, bisognava riconoscere come non si fosse insistito troppo nell'attirare l'attenzione del medico pratico su questa che, in un certo senso, può sembrare ovvia possibilità, tanto che, a 27 anni di distanza dall'introduzione della ricerca, AA. dell'importanza di Sergent e degli altri ritenevano ancora interessante parlarne, come di argomento di notevole interesse, sopratutto dal punto di vista pratico.

Della possibilità di una sensibilizzazione sperimentalmente provocata al liquido idatideo, ne avevano già trattato i primi AA. che si occuparono della reazione di Casoni. Così Pontano, con iniezioni sottocutanee subentranti di liquido cistico di montone, in un individuo, indenne da echinococcosi, riusciva ad ottenere, dopo 5 iniezioni praticate a vari intervalli e a dosi crescenti da 1 a 5 cc., positive sia la reazione di Casoni che quella di Ghedini-Weinberg. Luridiana e Bacchi invece, trattando 12 individui normali con dosi subentranti da 1 a 10 cc., riferivano solo in 2 casi, e neppure sicuri, la comparsa di un'intradermoreazione positiva. D'altra parte l'osservazione di Pontano veniva confermata da Botteri, che riusciva a provocare una sensibilizzazione nell'uomo con un'unica iniezione sottocutanea di 2-5 cc. di liquido cistico, sensibilizzazione rivelata dalla comparsa di un'intradermoreazione positiva. Anche Trenti riporta il caso di un individuo normale, in cui comparvero intradermoreazioni positive, sia nella fase precoce che nella tardiva, a distanza di un anno da un trattamento inteso a sensibilizzarlo: interessante il fatto che dopo 15-20 giorni dall'ultima iniezione sensibilizzatrice, la intradermoreazione risultava negativa. Egualmente Deusch riusciva a provocare la comparsa di una cutireattività nei normali con iniezioni intradermiche ripetute di liquido cistico, mentre Ruhnstruck non otteneva con un trattamento simile che rari e passeggeri arrossamenti e lievi infiltrazioni nel luogo dell'inoculazione. E mentre Pontano e qualche altro A. erano riusciti a provocare anche la comparsa di una deviazione del complemento, Ruhnstruck riferiva in questo senso risultati negativi. Sorvoliamo volutamente invece sulla evidenziazione delle reazioni cutanee e umorali, che un trattamento con iniezioni subentranti intradermiche può provocare in individui portatori di cisti idatidee. Veramente interessanti i risultati riferiti in proposito da Botteri, Grosso e Bacigalupo, Deusch, Cignozzi, Ruhnstruck ed altri, ma non attinenti al problema che noi consideriamo. Ora tutti i risultati sperimentali, che abbiamo sopra ricordato, erano volti a dimostrare la natura allergica delle reazioni umorali e cutanee dell'echinococcosi: per questo erano per lo più ottenuti con iniezioni ripetute più volte, per lo più per via sottocutanea, in genere di quan-

tità relativamente notevoli di liquido cistico. Condizioni quindi sensibilmente differenti da quelle che si verificano nelle prove eseguite a scopo diagnostico.

Il primo a far notare, dal punto di vista pratico, le cause di errore che nel comportamento della reazione di Casoni possono derivare dal ripetere una seconda prova a breve distanza da una prima, fu veramente il Cignozzi. « Ove una reazione risulti incerta e si voglia saggiare con altra prova la specificità della natura idatidea, è da consigliarsi di attendere alcune settimane per la prova; poichè l'inoculazione a breve distanza di liquido idatideo determina, anche negli indenni, un'allergia transitoria e generalizzata dei tessuti cutanei... Questi dati ci insegnano nelle reazioni incerte a non eseguire immediatamente dopo la seconda prova... ». A distanza di qualche anno, Morenas e Lagèze confermavano la possibilità e riferivano di un caso in cui si era verificata. Poco dopo le affermazioni di Cignozzi, Escudero e Peco, in Argentina, partendo da un errore di diagnosi dovuto alla positività di una intradermoreazione ripetuta, sottoposero 19 individui indenni a iniezioni intradermiche di antigene idatideo, ripetute per 2-3 volte ad una settimana d'intervallo: in 14 si ebbero reazioni positive alla seconda o alla terza iniezione. Molto più recentemente Sergent, Fourestier e Jimenez Galliano su una casistica di 23 soggetti non portatori di echinococco nè di altre tenie, tutti con reazione di Casoni negativa, con una 2ª o 3ª intradermoiniezione, praticata vari giorni dopo (8-15), ottenevano nette reazioni positive nel 50 % dei casi.

D'altra parte Maroni, ripetendo in 32 individui indenni di cisti l'esperienza di Escudero, ma distanziando maggiormente le iniezioni (ogni 12 giorni) riferiva risultati sempre negativi, dato che l'A. non tien conto di una risposta in 3 individui, in forma di un eritema della grandezza di 5 centesimi, che persiste per 24 h. Così Maroni contesta i risultati degli AA. precedenti, facendo notare inoltre che l'intervallo che intercorre fra l'iniezione preparante e quella scatenante è in queste esperienze troppo breve (7-8 giorni) e ai limiti inferiori del tempo generalmente ammesso per la sensibilizzazione a un antigene.

Per spiegare la divergenza fra questi risultati Rist pensa a differenze di tecnica, specie per quanto si riferisce alla qualità del liquido cistico, alla sua provenienza e al sistema adottato per la sua conservazione (tindalizzazione, addizionamento con cloroformio o con acido fenico, formolo ecc.).

Ci si trova quindi di fronte ad un fenomeno, l'azione sensibilizzatrice di una prima iniezione intradermica di antigene idatideo, nelle dosi che di solito si usano per la prova di Casoni, che, se è pur facile ammettere senz'altro su base teorica, non trova concorde conferma nei risultati sperimentali. D'altra parte vengono anche in questi ultimi tempi riferiti dati clinici che parlano per la realtà del fenomeno. Non ci è sembrato quindi inutile contribuire, con una casistica un po' più importante di quelle finora riportate, alla soluzione del problema, se veramente sia provocabile, e in qual percentuale, una sensibilizzazione, o come si è anche detto, un viraggio della prova di Casoni mediante intradermoreazioni ripetute. Abbiamo creduto conveniente di seguire in queste prove la tecnica che abitualmente si usa a scopo diagnostico al letto del malato, già che solo in questo senso andava impostato il problema. Ci siamo per questo attenuti, sia per le modalità di preparazione e di di conservazione dell'antigene idatideo, che per la quantità del liquido iniettato, alle norme che Pontano e Trenti hanno stabilito. Il liquido cistico di provenienza bovina (fegato e polmone) perfettamente limpido, prelevato asetticamente, filtrato per candela, e infialato sterilmente, veniva conservato in luogo fresco, senza aggiunta di antisettici, per un periodo non superiore ad un mese, In tutte le prove ci siamo serviti di liquido cistico, sempre di provenienza bovina, ottenuto da due animali infetti e separatamente infialato, in modo da avere la possibilità di ripetere intradermoreazioni, sia isolatamente con un liquido o con l'altro, sia alternativamente con i due liquidi. Il contenuto in sostanze proteiche variava poco nei due liquidi (gr. 0,087 % nel 1° e gr. 0,130 nel 2°) e corrispondeva a quello riferito da altri AA. (Pinelli, Longo, ecc.).

In quanto alle dosi da iniettarsi, ci siamo attenuti alla quantità di cc. 0,30, stabilita da Pontano e Trenti come la più conveniente per non dare reazioni aspecifiche, pur essendo sufficiente a provocare negli infetti nette positività. L'iniezione, come al solito, veniva eseguita intradermicamente sul lato flessorio dell'avambraccio. Con questa tecnica, che è quella che ordinariamente seguiamo, abbiamo praticato intradermoreazioni in 100 infermi presi alla rinfusa, sicuramente non affetti da cisti idatidea, in condizioni di salute sufficienti ad eliminare ogni stato di anergia generale, che avrebbe potuto influire sui risultati. Ad una prima iniezione ne sono seguite altre a 3 - 8 - 10-20-30-40 giorni di distanza. In ogni prova

	Prima	dopo 3 giorni	dopo 8 giorni	dopo 10 giorni	dopo 20 giorni	dopo 30 giorni	dopo 40 giorni
Caso 1°	— — —	— — —					
Caso 2°	— — —	— — —					
Caso 3°	— — —	— — —					
Caso 4°	— — —	— — —			□ — — —		
Caso 5°	— — —	— — —			□ — —		
Caso 6°	— — —	— — —			□ — — —		
Caso 7°	— — —	□ — — —		□ — — +	□ — — +		
Caso 8°	— — —	□ — — —		□ — — —			
Caso 9°	+ — —	□ — — —		□ — — —			
Caso 10°	— — +	□ — — —		□ — — —			
Caso 11°	— — +	□ — — —			□ — — —		
Caso 12°	— — —	□ + — —			□ — — —		
Caso 13°	— — —	— — —					
Caso 14°	+ — —	— — —					
Caso 15°	— — —	— — —					
Caso 16°	+ — —	— — —		— — —		□ — — —	
Caso 17°	+ — +	— — +		— + ++	□ — — —	□ — — —	
Caso 18°	— — +	— — —					
Caso 19°	+ + +	— — +		— — —		□ + — —	
Caso 20°	— — —	— — +		— — ++	□ — — —	□ — — —	
Caso 21°	— — +	□ — — —		□ — — —			
Caso 22°	+ ++ +++	□ — — —		□ — — —	□ — — —		
Caso 23°	+ ++ +++	□ + — +			□ + — +		
Caso 24°	— — —	□ — — —			□ — — +		
Caso 25°	+ — —	□ ++ — —		□ + — —			
Caso 26°	— — —		D + — + S + — —				
Caso 27°	— — —		D — — — S — — —	+ — +			
Caso 28°	— — —		— — —	□ — — —	□ — — +	□ — — +	
Caso 29°	□ — — —		□ + — —				
Caso 30°	□ — — —		□ — — —				
Caso 31°	+ — —		D + — — S + — —				
Caso 32°	+ — —		D + — — S + — —				
Caso 33°	+ — —		D + — — S + — —				
Caso 34'	— — —			D — — — S — — —			
Caso 35°	— — —			D + — — S + — —			
Caso 36°	— — —			D + — — S + — —			
Caso 37°	— — —			D — — — S — — —			
Caso 38°	— — —			D — — S — — —			
Caso 39°	— — —			D + — — S + — —			
Caso 40°	— — —			D — — — S — — —	+ — —		
Caso 41°	— — —			D — — — S — — —			
Caso 42°	— — —			D — — — S — — —			
Caso 43° . .	— — —			D — — — S — — —			
Caso 44°	— — —			D — — — S — — —			
Caso 45°	— — —			D — + — S + + —			
Caso 46°	— — —			+ + ++			
Caso 47°	— — —			D — + ++ S — + ++			
Caso 48° ...	— — —			D — — ++ S — — ++	— — —		□ — — —
Caso 49°	+ — —			D + + + S + — +			
Caso 50°	— — —			D — + — S — + —			
Caso 51°	— — —			D + + + S — + +			

	Prima	dopo 3 giorni	dopo 8 giorni	dopo 10 giorni	dopo 20 giorni	dopo 30 giorni	dopo 40 giorni
Caso 52°	+ − −			D − − +' S − − +			
Caso 53°	− − −			D − − − S − − −			
Caso 54°	+ − −			D + − − S + − −			
Caso 55°	+ − −			D − − − S + − −			
Caso 56°	− − −			D − ++ +++ S − ++ +++			
Caso 57°	− − −			D + − − S + − −			
Caso 58°	+ − −			D + − − S + − −			
Caso 59°	□ − − −			□ + − −			
Caso 60°	− − −			− − −			
Caso 61°	□ − − −			□ − − −			
Caso 62°	□ − − −			□ − − −			
Caso 63°	□ − − −			□ − − −			
Caso 64°	□ ++ + −			□ + − −			
Caso 65°	□ − − −			□ − − +			
Caso 66°	□ − − −			□ − − −			
Caso 67°	□ − − −			□ − − −			
Caso 68°	− − −			− − −		□ + − −	□ + + −
Caso 69°	− − −			+ − +	− − −		
Caso 70°	− − −			− − −		□ ++ +++ +	□ + + −
Caso 71°	− − −			− − ++	− − −	□ + − −	□ − − −
Caso 72°	+ − −			− − +	− − −	□ − − −	
Caso 73°	− − −			− − −			
Caso 74°	− − −			− − −			
Caso 75°	− − −			− − −			
Caso 76°	− − −			− − −		□ − − −	
Caso 77°	− − −			− − −		□ − − −	
Caso 78°	++ − −			+ + −			
Caso 79°	− − −			+ + +			
Caso 80°	− − −			− − −		□ = − −	
Caso 81°	− − −			− − −	− − −		□ − − −
Caso 82°	− − −			+ + +	− − −		
Caso 83°	− − −			− − +	− − −	□ − − −	□ − − −
Caso 84°	+ − −			+ + +	− − −		
Caso 85°	− − −			− − −			
Caso 86°	− − +			D − + ++ S − + ++		□ − − +	□ − − +
Caso 87°	− − −			D + + + S − − +	+ − −		□ − − −
Caso 88°	− − +			D − + ++ S − + ++	− − −	□ − − −	□ − − −
Caso 89°	++ − −			D + − + S + − −			
Caso 90°	+ − −			D + + + S + + +		□ + − −	□ − − −
Caso 91°	− − −			D − − ++ S − − ++	− − ++		
Caso 92°	− − −			D − − + S − − +		□ + − −	□ − − −
Caso 93°	+ − −			D + − − S + − −		□ − − −	□ − − −
Caso 94°	− − −			D − − + S − − +		□ − − −	− − −
Caso 95°	− − −			D + − − S + − −	− − ++		
Caso 96°	− − −			D − − − S − − −	− − +		
Caso 97°	− − −			D − − − S − − −		□ − − −	□ − − −
Caso 98°	− − −			D − − ++ S − − ++		□ − − −	□ − − −
Caso 99°	− − +			D − − − S − − −	− − ++		□ − − −
Caso 100....	□ − − −		□ − − −	□ − − −	□ − − −		

Nelle prove contrassegnate con □ si è usato il liquido cistico proveniente dal 2° animale.

abbiamo eseguito 3 letture: una dopo pochi minuti dall'iniezione, una dopo 2-3 h. e una dopo 24 h. I risultati sono riportati nella tabella in quest'ordine. Con + indichiamo una reazione di modico grado, consistente, per la fase precoce, in un lieve ingrandimento e arrossamento del ponfo provocato dall'iniezione e nella comparsa di una zona orticariforme circostante, spesso anche piuttosto ampia, e, per la fase tardiva, in una piccola infiltrazione al luogo dell'iniezione, della grandezza massima di un soldo; con + + indichiamo una reazione nettamente positiva e con + + + una reazione fortemente positiva. Abbiamo voluto registrare anche le reazioni non decise, nell'intento di vedere se subissero modificazioni durante il trattamento. Spesso le intradermoreazioni, successive alla prima, venivano eseguite in ambedue gli avambracci allo scopo di accertare se si trattasse o meno di una reazione locale. Quando nella tabella non vi sono speciali indicazioni, si intende che sia la prima che le successive iniezioni venivano fatte sempre sulla faccia volare dell'avambraccio D.

Dai risultati riportati nella tabella è evidente che, con la tecnica usata, il coefficiente di aspecificità è risultato piuttosto basso alla prima iniezione. In apparenza si aveva una positività precoce nel 19 % dei casi, tardiva nell'8 %, difasica nel 4 %. Ma, se non si tiene conto delle reazioni positive con +, che abbiamo considerato solo in vista delle eventuali modificazioni, la positività di queste prime reazioni si abbassa notevolmente (3 % di reazioni precoci e 2 % di reazioni difasiche positive). Sorvoliamo su queste percentuali e sul confronto con quelle riferite dagli altri AA. che, come è noto, variano entro limiti notevolmente ampi, per considerare invece un po' più attentamente le modificazioni della prova alle iniezioni successive. Diremo subito che non vi furono differenze di comportamento sensibili all'iniezione ripetuta fra i due avambracci, di guisa che si può escludere un'azione sensibilizzatrice locale. Quando la successiva inoculazione provocava una reazione positiva, questa compariva in genere di eguale intensità e tipo, sia nella sede in cui era stata fatta la prima volta, sia nell'omologa dell'altro lato. Per lo più le iniezioni ripetute a 3 giorni di distanza non diedero reazioni positive, a differenza di quanto si ebbe a osservare quando la seconda iniezione distanziava 8-10 giorni dalla prima. Su questo risultato non è il caso di insistere, già che concorda con i comuni concetti sull'intervallo sensibilizzante, benchè qualche osservazione clinica, di quelle che abbiamo riferito, parli di distanze minori (5-7 giorni). Nel 34 % delle nostre osservazioni, la prova, che all'inizio risultava nettamente negativa nelle due fasi, si mantenne tale anche alle intradermoiniezioni successive (1 o più). Nel 37 % ad una iniziale negatività subentrarono reazioni positive, o solamente nella fase precoce (12 %), o nella tardiva (16 %), o contemporaneamente nelle due fasi (9 %). È importante però notare che solo nel 10 % la positività era tale da trarre veramente in inganno e quasi sempre risultava a carico della fase tardiva della reazione. Senonchè intradermoreazioni ripetute, dopo la seconda, altre volte (2-3) risultarono meno evidentemente positive della seconda, talora di tipo diverso e spesso addirittura negative. Non siamo in grado di dare una spiegazione attendibile al fenomeno. Di certo non siamo riusciti a determinare una sensibilizzazione progressiva, anzi spesso è avvenuto il contrario, quasi che si fosse effettuato un processo di desensibilizzazione, che però non ci sentiamo di ammettere senz'altro. Nel rimanente 29 % si trattava di casi con reazione di Casoni in partenza più o meno positiva. In un certo numero di questi casi la reazione rimase invariata alle iniezioni successive, in un certo numero aumentò di intensità e si modificò nel tipo, ma in genere divenne negativa. Anche qui si assistè allo strano fenomeno di reazioni che, accentuate alla seconda inoculazione, scomparivano alla terza.

In 15 casi (casi n. 6-7-22-23-24-28-48-59-65-68-70-71-86-87-88), in cui la Casoni era stata o risultava ancora più o meno evidente alla fine del trattamento, fu eseguita anche la reazione di Ghedini-Weinberg che risultò sempre negativa.

Non è questo un risultato che può pesare molto sull'interpretazione dei fatti: già che, se positiva, la deviazione del complemento sancirebbe la natura allergica delle manifestazioni, mentre la sua negatività può essere spiegata con una quantità troppo piccola di anticorpi circolanti.

Circa l'attività dei due liquidi cistici adoperati, si ha l'impressione che si corrispondesse, risultando forse solo un po' più spiccata a carico del primo.

Riassumendo, anche noi abbiamo assistito ad un viraggio della reazione di Casoni in seguito a prove ripetute, con una percentuale però nettamente inferiore a quella riferita da Sergent e Coll. e sopratutto da Escudero e Peco. È vero che nel 45 %, compresi anche i casi che inizialmente mostravano qualche positività, si ebbe la comparsa o l'accentuazione della reazione, ma, come si è visto, si trat-

tava in genere di risultati tutt'altro che netti e tali da indurre un osservatore prudente ad apprezzamenti errati. Solo nel 14 % dei casi complessivi la prova divenne talmente positiva, per lo più come si è visto nella sua fase tardiva, da poter veramente pesare su un giudizio diagnostico. Non si può quindi negare la possibilità del fenomeno, anche se non si può essere del tutto tranquilli sulla sua genesi, sopratutto in considerazione dei risultati sconcordanti che noi abbiamo ottenuto (reazioni positive ad una seconda iniezione e negative alle successive). È in ogni modo evidente però che la cutireattività di individui, che hanno precedentemente subito un'intradermo-iniezione di liquido cistico, appare sensibilmente esaltata, almeno in un primo tempo. Quanto duri detta esaltazione non siamo in grado di precisare: stando a qualche osservazione clinica riportata da altri sembrerebbe persistere anche a lungo.

Del fatto bisognerà tenere quindi il dovuto conto. Non converrà ripetere, di fronte a un risultato incerto, la prova di Casoni a distanza di giorni sufficiente perchè si stabilisca una sensibilizzazione, ammesso che questa possibilità praticamente possa avverarsi: se è assolutamente necessario ripraticare una seconda reazione, approfittare dei 2-3 giorni successivi alla prima e in ogni caso non valorizzare che le reazioni decisamente positive. Avvisare sempre il paziente della prova eseguita, perchè possa riferirla nel caso dovesse subirne altre in ambiente diverso. Solo con queste avvertenze, che non sono certo eccessive, non si accrescerà di un errore evitabile la attendibilità di quella preziosa prova che è l'intradermoreazione di Casoni e si potrà evitare la possibilità, sia pur rara, di una diagnosi errata e di un intervento non indicato.

RIASSUNTO.

L'A. studia in 100 individui, non portatori di cisti idatidea, la possibilità di un viraggio della reazione di Casoni dopo una 2ª o più intradermoreazioni. Nel 45 % dei casi si ebbe comparsa di una reazione positiva o accentuazione di positività già esistenti con vario grado di intensità. Solo però nel 14 % dei casi la reazione risultava talmente positiva da poter indurre in errore. Spesso alla 3ª-4ª iniezione l'intradermoreazione ritornava negativa.

L'A. conclude ammettendo, in caso di prove ripetute, la possibilità di un viraggio e consiglia qualche norma indispensabile ad evitare questa causa di errore.

BIBLIOGRAFIA.

BERGERET, LECHELLE, THEVENARD e CHAROUSSET. La Presse Méd., I, 289, 1939.
BOTTERI. Wien. Klin. Wschr., Bd. 35, n. 21, 1922.
CIGNOZZI. Ann. Ital. di Chirurgia, IV, 793, 1925.
DEUSCH. Cit. da RUHNSTRUCK.
ESCUDERO e PECO. *Lavori della Clinica del Prof. Escudero*. Buenos Ayres, 1926, cit. da RIST.
GROSSO e BACIGALUPO. Cit. da RUHNSTRUCK.
LONGO. Policlinico, Sez. Med., 39, 202, 1932.
LURIDIANA e BACCHI. Folia Medica, 10, 309, 1922.
MARONI. Rev. sud-americ. de endocr. immun. e quimioter., 21, 100, 1938.
MORENAS e LAGEZE. Journ. de méd. de Lyon, 217, 1930.
PINELLI. Cit. da LONGO.
PONTANO. Policlinico, Sez. Med., 27, 405, 1920.
RIST. La Presse Méd., 1, 201, 1939.
RUHNSTRUCK. Zeit. exp. Med., Bd. 75, 1931.
SERGENT e FOURESTIER. Riforma Medica, 54, 164, 1938.
SERGENT, FOURESTIER e JIMENEZ GALLIANO. La Presse Méd., I, 247, 1939.
TRENTI. Policlinico, Sez. Med., 31, 353, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE CIVILE UMBERTO I - ARCEVIA

Contributo al trattamento chirurgico di gravi deformità post-rachitiche dei femori.

Dott. ALDO QUATTROCCHI
chirurgo e direttore
specialista in chirurgia generale.

La rachitide è una malattia assai diffusa in Europa, non uniformemente però su tutto il continente; in Italia dove il sole splende e spande con dovizia i suoi benefici raggi non è molto diffusa, ed oggi grazie alle previdenze del Regime con la sorveglianza medica e le istituzioni assistenziali va scomparendo anche dai grandi centri. È meno rara oggi trovarla invece nelle campagne, specie nei punti meno popolati, ove non giunge per evidenti ragioni l'assistenza totalitaria voluta dal Regime.

Non v'è alcuna difficoltà nel riconoscimento della malattia in pieno sviluppo. Segni caratteristici principali sono il turgore delle epifisi ossee, specialmente gli ispessimenti del radio e della tibia e dell'estremità cartilaginea delle coste (rosario rachitico). Incurvamenti delle estremità nei casi molto gravi appaiono per lo più dopo il primo anno. Nella valutazione di questo sintomo bisogna andar molto cauti, perchè è proprio di tutti i lattanti l'incurvamento delle tibie; le tibie presentano a questa età un'incurvazione fisiologica, che scompare a poco a poco con l'inizio della deam-

bulazione, ma in casi rari può rimanere per molto tempo senza che vi sia stata rachitide.

Tra le deformità rachitiche, quelle delle gambe sono le più comuni e di conseguenza della più grande importanza; e perciò si spiega come siano numerosi i lavori pubblicati riferentisi alla correzione di curve post-rachitiche interessanti questi segmenti di arti inferiori. Ma è anche possibile osservare deformità di altre ossa: la colonna vertebrale presenta spesso nei bambini rachitici una cifosi che si accentua nella stazione eretta (cifosi statica) dovuta ad alterazione dei dischi vertebrali da povertà di sali di calcio, cifosi che mentre si corregge nella stazione prona nel rachitismo florido, può invece diventare definitiva come esito post-rachitico se non si è curata a dovere; siccome a questa deviazione della colonna si aggiunge di solito anche una deviazione per torsione di essa, perciò di conseguenza quando consolidandosi le vertebre si saranno rese stabili queste deviazioni, è di cifoscoliosi rachitica che si dovrà più propriamente parlare.

Sono pure alterazioni post-rachitiche le rientranze diaframmatiche delle coste, accanto al torace ad imbuto ed a quello carenato, dovuti alla trazione esercitata dalle inserzioni del diaframma sulle coste nei movimenti respiratori, data la mollezza della cassa toracica.

Anche i femori sono interessati dal rachitismo, e le deformazioni in essi prodotte dalla malattia in questione, per quanto rare, possono tuttavia in certi casi raggiungere un'importanza notevolissima. Queste sono rappresentate dalla coxa vara e dall'incurvamento dei femori. Mentre per la coxa vara l'osteotomia lineare o cuneiforme serve bene allo scopo, più arduo si presenta il compito di correggere i gravi incurvamenti che in seguito al rachitismo possono stabilirsi in essi.

Siccome tali casi devono essere considerati come eccezionali, almeno per quanto riguarda la necessità di un intervento chirurgico e di ciò fa fede il fatto che i casi pubblicati in proposito sono molto rari, io penso che sarà utile comunicare un caso di deformazione dei due femori presso a poco simmetrica e nello stesso tempo talmente considerevole da impedire non soltanto il cammino, ma anche la semplice stazione eretta alla bambina che le portava, giacchè le gambe si sovrapponevano incrociandosi e costituendo così impedimento meccanico tanto grave da costringere la piccola paziente sempre a letto.

La bambina L. Angelina di cui io riferisco è nata il 23 agosto 1935 ed è entrata all'ospedale in sezione medica il 14 giugno 1937, quindi passata in sezione chirurgica il 7 settembre 1937. È figlia di contadini poveri; il padre si è strangolato, la madre apparentemente sana è stata da me operata di emorroidi; ha fratelli e sorelle sani. Sull'inizio della malattia si sono potute raccogliere ben scarse indicazioni. Ha avuto allattamento materno e pappe a base di pane cotto. L'evoluzione della malattia non è stata notata dalla madre, la quale non ha ricorso al medico se non a deformazioni già stabilite e quando raggiunta quasi l'età di due anni la bambina ancora non soltanto non camminava, ma non era in grado nemmeno di reggersi in piedi. Dal consultorio pediatrico della Casa della Madre e del Bambino O. N. M. I. di questa città fu inviata all'ospedale. All'ingresso essa appariva come una bimba di circa 6 mesi di età, sia per lo sviluppo fisico che psichico; aveva aspetto anemico, le mucose pallide, il cranio della forma rachitica e con le ossa occipitali molli come pergamena (craniotabe). Le fontanelle erano largamente aperte, il viso edematoso con gli occhi sporgenti, la lingua in fuori, il collo corto come nel mixedema da ipoplasia della tiroide. Il torace aveva la deformazione tipica con la depressione di Harrison ed il rosario rachitico molto accentuato. Il ventre grosso ed espanso senza ingrandimento del fegato e della milza. Sembrava un batrace Il respiro era affannoso quasi dispnoico.

Quello che più interessava era la forma dei femori: si vedeva e si palpava nel mezzo di queste ossa una deformazione presso a poco simmetrica, tale che i femori avevano una curvatura

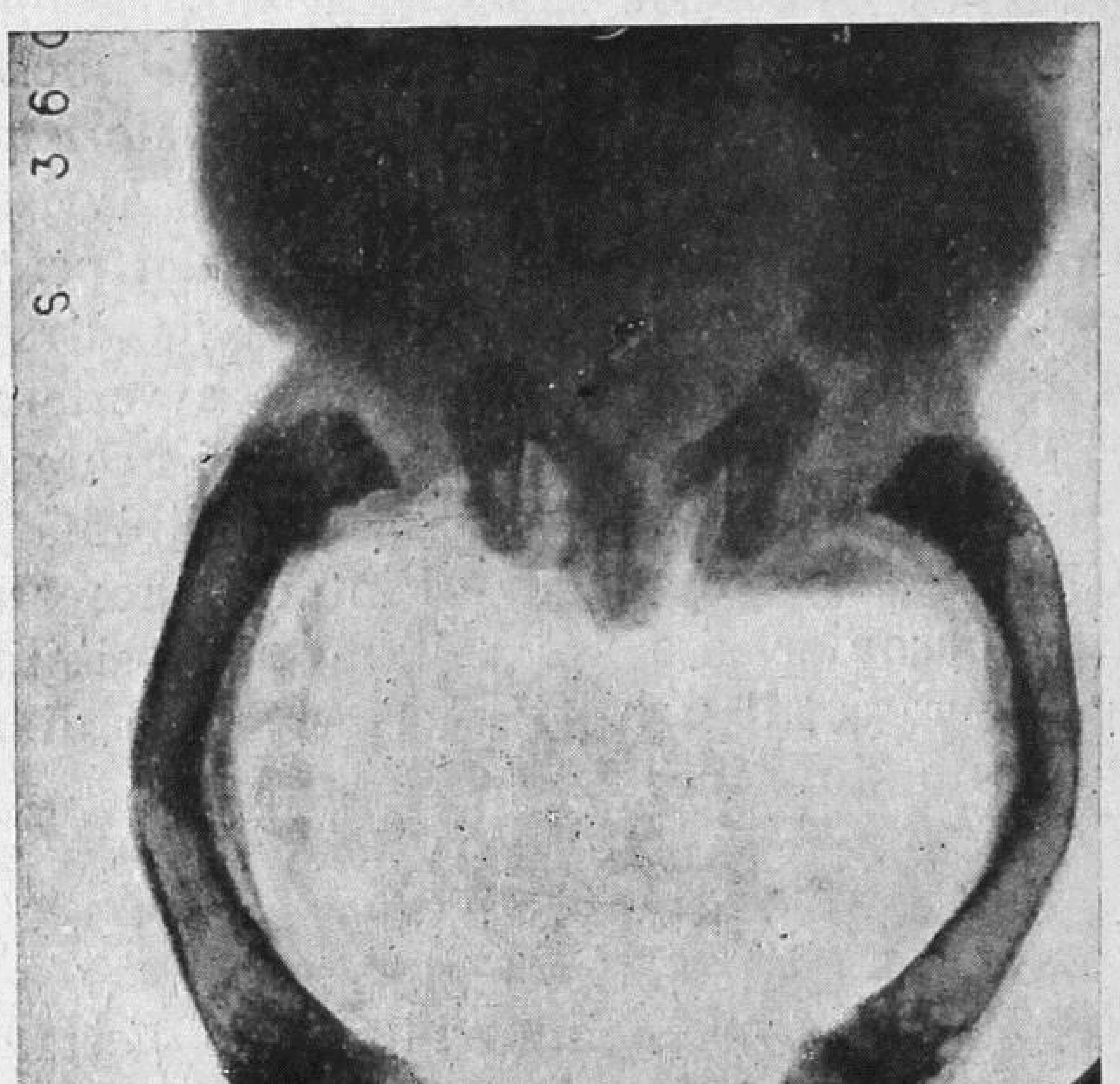


FIG. 1.

a semicerchio in fuori ed in avanti (vedi fig. 1); le gambe si sovrapponevano ad X e la bimba non riusciva a stare in piedi.

È stato trattato dapprima il rachitismo in sezione medica sotto la guida del dott. Moriconi, direttore del reparto, alla maniera ordinaria alla quale non ho bisogno di fare allusione. Quando i segni di rachitismo attivo erano scomparsi in modo che non rimanevano più che le deformità, io ho praticato il primo intervento così condotto:

18 settembre 1937: Op. (operatore Quattrocchi, aiuto Moriconi). Narcosi eterea regolare. Incisione ampia delle parti molli all'esterno col centro nel punto di massima convessità; incisione longitudinale del periostio senza scollarne se non quel tanto che permetteva di agire allo scalpello; osteotomia segmentaria del femore destro dal lato esterno ed in direzione trasversale fino alla corticale del lato interno, completata da doppia osteoclasia manuale da questo lato; sutura del periostio e delle restanti parti molli completa in catgut. Riduzione in asse ed apparecchio gessato chiuso di contenzione (bacino ed arto).

Decorso postoperatorio normale; in ventesima giornata si toglie l'apparecchio e si constata già il consolidamento in buona posizione ed un allungamento di circa 5 cm. Si abbandona a sè l'arto proteggendolo con una semplice medicatura. La ferita operatoria è completamente cicatrizzata e i punti di catgut caduti spontaneamente; qualche zona di decubito di scarsa importanza.

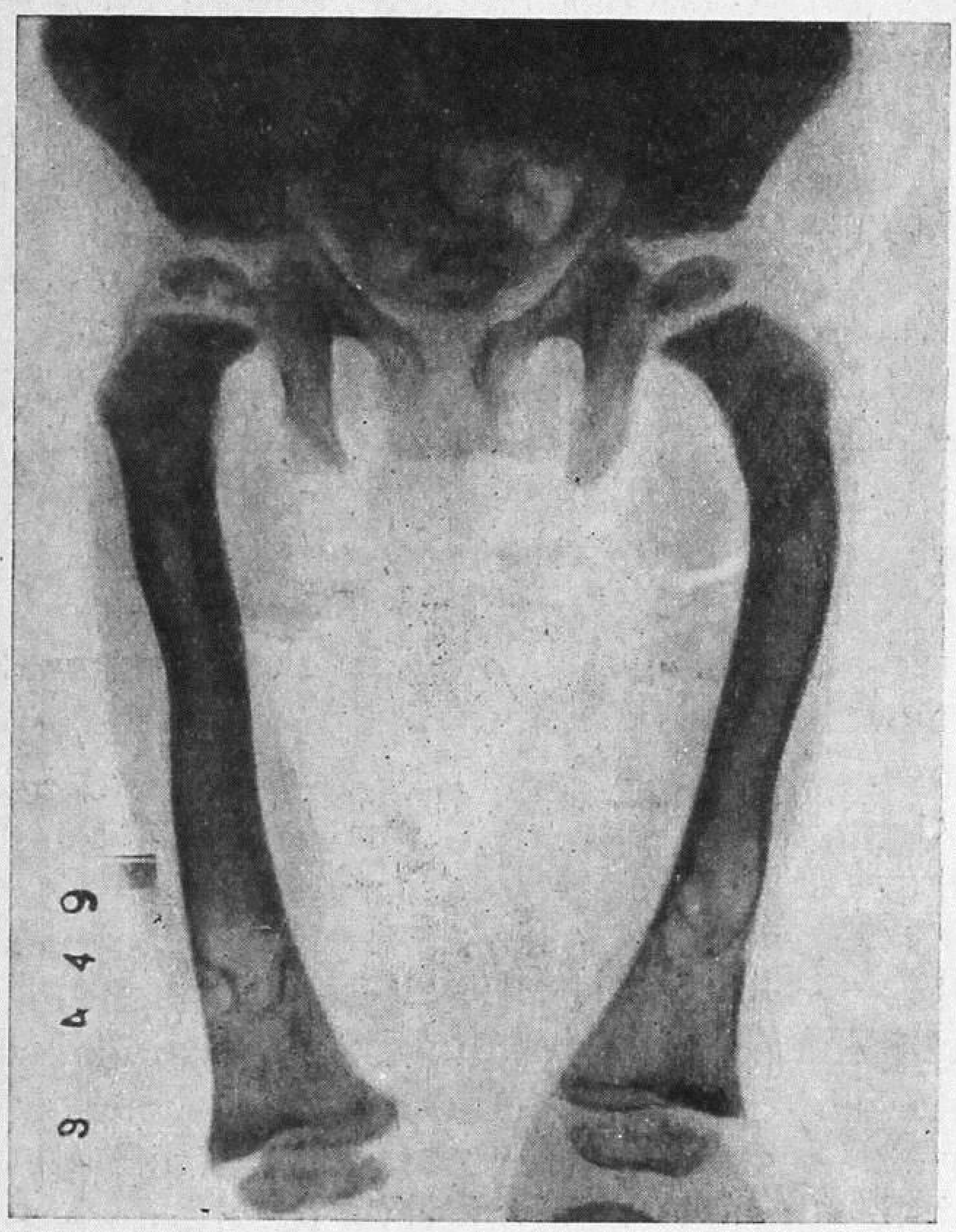


FIG. 2.

Non è stato possibile praticare in una stessa seduta la correzione di ambedue i femori, perchè le condizioni generali della bambina facevano temere. Nell'intervallo fra la prima e la seconda operazione la bambina ha superato una broncopolmonite.

11 novembre 1937: Op. (operatore Quattrocchi, aiuto Moriconi). Incisione delle parti molli come sopra; osteoclasia doppia segmentaria del femore sinistro come sopra; sutura completa delle parti molli. Riduzione in asse ed apparecchio gessato chiuso di contenzione (bacino ed arto).

Decorso postoperatorio regolare; anche questa volta l'apparecchio fu tenuto applicato 20 giorni e quindi rimosso senza bisgno di applicarne un altro. Si è ottenuta la riduzione in lunghezza perfetta come dall'altro lato e la correzione della deformità.

La bambina che non aveva mai camminato il 15 gennaio 1938 ha incominciato ad andare sola.

L'esplorazione radiologica (vedi fig. 2) eseguita il 29 aprile 1938 non fa vedere tracce delle sezioni di frattura e mostra una certa deformazione dei due femori, però di lieve entità, un po' più accentuata a destra. Tuttavia le due estremità appaiono assolutamente normali alla vista (vedi fig. 3). La bambina cammina benissimo e apparentemente i due femori sono normali; il lieve grado di deformazione riscontrato alla radiografia è senza importanza e non è possibile vedere dove l'intervento sulle ossa è stato praticato. Le ossa sono solide e l'aspetto della bambina è florido, ed anche psichicamente essa appare normalmente evoluta, piena di affetto per me e per tutto il personale di assistenza.

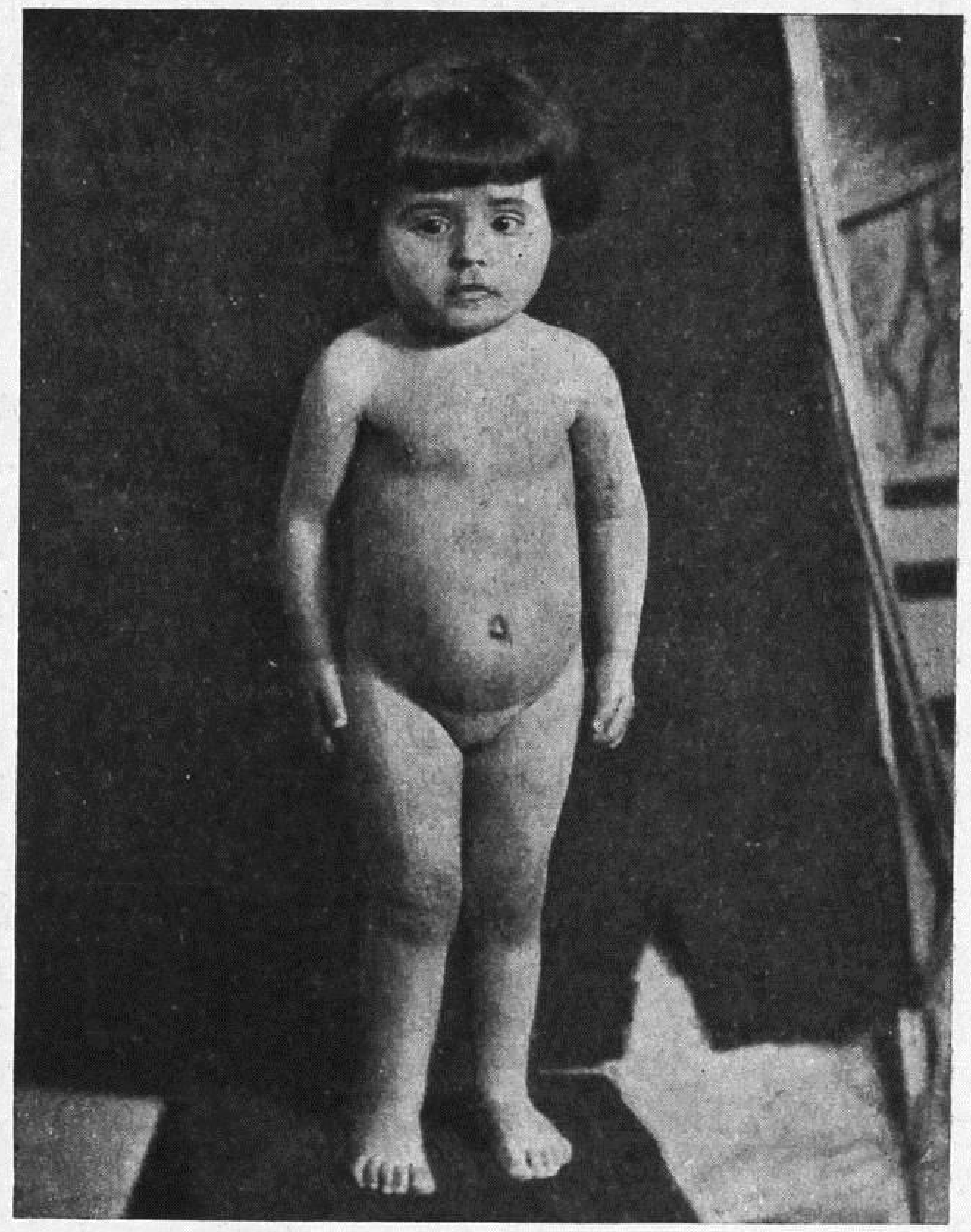


FIG. 3.

I metodi di cura proposti ed attuati per correggere le deformità post-rachitiche delle ossa lunghe sono svariati: l'osteotomia arcuata o cuneiforme e l'asportazione sottoperiostea di segmenti anche di notevole lunghezza, seguita o non da piombaggio della cavità residua. Si può anche ottenere un sollecito rammollimento dell'osso con la cura medicamentosa e quindi applicare il trattamento ortopedico secondo Rabl. Ciascun metodo ha i suoi inconvenienti e pericoli.

Il metodo di Schepelmann, col quale si asporta il tratto osseo deformato per una notevole estensione lasciando alla natura la rigenerazione dell'osso, presenta il grave pericolo che alle volte non dà alcuna rigenerazione di

osso, oppure questa è incompleta. Se nella gamba col perone che serve da guida e da sostegno si può applicare per correggere incurvamenti della tibia, a me non risulta che sia stato mai adoperato per correggere quelli dei femori.

Sempre per la correzione delle deformità post-rachitiche delle gambe è stato ideato ed attuato da Springer un metodo col quale la correzione si ottiene isolando la tibia per la voluta estensione scollandone diligentemente il manicotto periostale, sezionando con la sega di Gigli ed asportando il segmento tibiale al disopra e al disotto della deformità. Quindi fissandolo con una morsa, si suddivide con la sega trasversalmente in dischi dello spessore di circa un centimetro e di vario numero a seconda della lunghezza del segmento tibiale. Fratturato il perone e ricollocati i dischi nel tubo periostale, questo viene suturato con punti in catgut. Sutura delle parti molli ed applicazione di un apparecchio gessato in buona posizione.

Questo procedimento nelle mani di Springer, di Enderlen, di Bartenwerter e di Rudolf ha dato buoni risultati. Da noi Pieri e Sacco hanno pure ottenuto esito brillante. Non è stato applicato per la correzione di deformità dei femori se non dall'Autore, il quale tuttavia non se n'è trovato contento. Nè d'altra parte io ho voluto applicarlo perchè ho avuto paura di andare incontro ad incresciosi inconvenienti dovuti a necrosi ed eliminazione di dischi.

Löffler reseca per via sottoperiostea la parte deforme e la sminuzza in piccoli frammenti, con i quali riempie di nuovo il sacco periosteo.

Da Strauss, da Spiesic e da Hackenbruch è stata praticata la resezione del segmento osseo deforme, accontentandosi di ottenere di necessità un accorciamento.

Altro metodo è quello proposto da Kirschner. Questo Autore pratica lo scheggiamento dell'osso nel senso longitudinale, eseguito in modo che tutti i pezzi rimangono attaccati al periostio ed esteso a tutta la zona deformata. Anche questo metodo ha i suoi inconvenienti e non risulta sufficiente in tutti i casi.

Io ho praticato la correzione nel modo descritto più sopra ed ho ottenuto ottimo successo dal lato estetico, senza sacrificare gli arti in lunghezza, anzi guadagnando. Il metodo che io ho applicato è semplice, non compromette la vitalità di segmenti ossei perchè i segmenti nei quali sono risultati divisi i femori non sono stati affatto denudati dal periostio; e l'effetto si ottiene rapidamente, in brevissimo periodo di tempo. Io difatti ho tenuto applicati gli apparecchi soltanto per venti giorni, tanto per il primo che per il secondo intervento; e sono sicuro che ciò non si sarebbe potuto fare applicando altri metodi. Difatti Pieri nel caso da lui reso noto e si trattava delle tibie, ha dovuto tenere gessato il bambino per un periodo di circa sei mesi, applicando il metodo di Springer, pure ottenendo dal lato radiografico un esito poco migliore del mio.

*
* *

I metodi di cura delle deformità rachitiche vengono in discussione solo quando si è ottenuta la guarigione clinica del processo rachitico. In ciò tutti gli Autori sono d'accordo. I mezzi ortopedici devono essere attuati nella maggioranza dei casi, e soltanto quando l'incurvamento si estende ad un tratto notevole della diafisi e non è più possibile ottenere risultati soddisfacenti con mezzi ortopedici, devono essere attuati i mezzi chirurgici.

L'età non ha importanza; per quanto Springer non operi prima del 5° anno di età, Bartenwerfer e Pieri non sono dello stesso parere; anche Petersen praticò l'osteotomia dei femori in un bambino di un anno con esito felice.

Quando si tratta di deformazioni così considerevoli come nel mio caso, mi sembra essere necessario intervenire più presto possibile, perchè sarà impossibile al fanciullo di camminare per impedimento meccanico causato da così gravi deformità. Conviene certamente mettere in dubbio la possibilità di un miglioramento senza intervento chirurgico in un caso come il mio ed io sono sicuro che il risultato ottenuto deve giustificare un intervento precoce come io ho praticato.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di deformazioni rachitiche gravissime dei due femori in una bambina di due anni. Praticò l'osteotomia e l'osteoclasia combinate, riducendo ciascun femore in tre frammenti, perchè il grado delle deformità era grande e rappresentava impedimento assoluto al cammino. Prima si era condotto a termine il trattamento antirachitico.

Il risultato fu ottimo, come mostra la radiografia; gli arti inferiori hanno aspetto normale; sulla radiografia si vede tuttavia una deformazione, relativamente modesta però.

La deambulazione è assolutamente normale.

BIBLIOGRAFIA.

ALLENBACH. *A quel âge faut-il opérer les déformations rachitiques?* J. de Méd. de Paris, 1924, n. 43, pag. 845.

BARTENWERFER. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 1923, n. 3, 43.

DELAHAYE. *Traitement chirurgical des déformations rachitiques des membres inférieurs chez l'enfant. Quelques points de technique; résultats obtenus dans deux cas particulièrement accentués.* Rev. d'Orthopédie, 17, 48, janv. 1930.

ENDERLEN. Mittelrheinischer Chirurgentage, 1921.

MASSABIAU-MARCHAND. *Ostéotomie cunéiforme pour grande déformation rachitique du fémur.* Bull. de Soc. Méd. et Biol. de Montpellier, 1923, 5.

NASTRUCCI. *L'osteotomia ad incastro nel raddrizzamento delle gravi deformità rachitiche degli arti inferiori.* Atti della Soc. Lomb. di Med. e Biol., 11, 1922.

PETERSEN. *Sur un cas de déformations rachitiques des fémurs.* Acta chirurgica Scandinavica, 1928, 64.

PIERI. *Contributo alla correzione delle gravi curve rachitiche delle gambe con la osteotomia segmentale secondo Springer.* Chirurgia degli organi del movimento, vol. 9, pag. 97.

PUTTI. *Osteotomia ed osteoclasia.* Chirurgia degli organi del movimento, vol. 17, pag. 1.

SPRINGER. Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, 50, 1, 1921; idem, 43, 2, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI

Un'antica efficace cura del favo-antrace.

Dott. SERAFINO MARMO.

Questa malattia cutanea così comune dovrebbe essere considerata dai pratici quale entità patologica degna della massima attenzione sia per la non trascurabile mortalità che, secondo recenti statistiche, va dal 10 al 14 %, e sia perchè, verificandosi con maggior frequenza tra i contadini e operai, costituisce un rilevante danno economico per il non breve decorso che d'ordinario assume anche se priva di complicanze più o meno pericolose. Tra queste vanno annoverate, com'è noto, la linfangioite, l'adenite, la setticemia, la setticopiemia, ecc., e sono altresì a comune conoscenza i casi di favi e di foruncoli della faccia che furono causa di meningite e diedero origine ad ascessi solitari renali e pararenali o provocarono pulmonite, i quali fatti secondari possono manifestarsi anche dopo che il favo o il foruncolo erano in via di cicatrizzazione (Verneuil).

Non è qui luogo di accennare ai tanti procedimenti adoperati per curare tale infezione, ma già il loro numero prova che non si può riporre completa fiducia sulla costante efficacia di alcuno di essi.

Di recente, oltre la vaccinoterapia, i raggi infrarossi, la roentgenterapia, l'uso interno della sulfamide e locale, ecc. è stato sperimentato localmente il tuttora misterioso batteriofago (A. Marion) con risultati buoni nel senso di un notevole accorciamento del decorso, ma nessuno dei tanti procedimenti medici riesce a *spegnere* l'infezione iniziale, e nemmeno vi riesce il trattamento chirurgico, che consiste nell'antica larga incisione crociata del focolaio, oppure nell'asportazione di esso con consecutiva sutura o avvicinamento dei margini.

Fra tanti dispareri e preferenze non credo inutile ricordare un procedimento curativo ingiustamente obliato, che ha il privilegio di *riuscire abortivo senza eccezione alcuna se adoperato tempestivamente* e di dare costante e rapida guarigione anche in casi alquanto trascurati. Esso consiste semplicemente nell'uso di cloruro di zinco nel focolaio aperto dal bisturi, ma i felici risultati sono dovuti *al modo speciale* di adoperare questo energico caustico potenziale.

Il cloruro di zinco, come è risaputo, era largamente usato in chirurgia anche prima dell'antisepsi per combattere lesioni di cattiva natura e la cancrena nosocomiale tanto comune in quel tempo, e fu posto in uso da Hanke di Breslavia e poi largamente adoperato — quantunque come rimedio segreto — contro il cancro dal dottor Canquoin.

Posteriormente Campbel di Morgan (1870), Bardeleben, Kocker, Lannelongue, Lister, Wolkman e tanti altri l'adoperarono su ferite od ulcerazioni settiche come modificatore e cateretico in soluzioni al decimo e raramente a titolo maggiore. Ma per la cura del favo-antrace esso fu usato sotto forma di pasta duro-elastica, che porta il nome di Canquoin, foggiata a freccia, come già usava il Maisonneuve per altri caustici potenziali allo scopo di portare il caustico di prima giunta in tutta la profondità dei tessuti affetti e ottenere la distruzione di essi dall'interno all'esterno. Fra noi chi diffuse questo trattamento, modificando anche la forma di preparazione della pasta, fu il benemerito chirurgo napoletano Ferdinando Palasciano, ideatore della Croce Rossa, seguito poi sistematicamente dai non meno eminenti chirurgi Gallozzi e d'Antona e dalle rispettive scuole. Ma oggi tale medicazione, ripeto, è disusata, tanto che nelle farmacie non si trova la pasta di Canquoin, nè figura nella Farmacopea ufficiale.

Fin dal 1887 ho adoperato, con poche e non sostanziali modificazioni, questo procedimento curativo e conservo un elenco di *molte cen-*

tinaia di favi di ogni dimensione e gravità anche se parecchi di essi ebbero a verificarsi in diabetici e glicosurici, brightici, alcoolisti, gastropatici, ecc., ed ebbi due soli decessi, i quali però, a rigore, non vi andrebbero annoverati, dimodochè tale elenco può essere considerato come *netto di perdite*.

Il procedimento che d'ordinario seguo è questo. Incisione crociata del focolaio nella parte di maggiore infiltrazione, cioè senza i comuni e spettacolosi tagli oltrepassanti in estensione finanche l'edema periferico, incisione che sarà approfondita maggiormente nella parte centrale fino al tessuto sano per evitare ristagno di essudato e anche per favorire l'immissione della pasta di Canquoin.

Questa, anzichè a freccia, va tagliata a *cuneo* lungo e spesso secondo l'entità del favo, e il cuneo sarà infisso al centro della incisione e mantenuto con cuscinetto di garza, falda di cotone ed adatta fasciatura. Se l'infiltrazione è molto estesa è necessario applicare altri cunei nei quattro raggi dell'incisione, dopo aver rotto con una guida o con lo specillo i vari sepimenti del favo. Dopo ventiquattro ore, tolta la medicatura, si constata che il focolaio *è spento*, come si rileva dall'arresto dell'edema flogistico, dalla cessazione dei dolori e dalla caduta della febbre, e non rimane quindi che applicare i comuni emollienti (linseme) per affrettare la caduta dell'escara.

Eccezionalmente avviene nei favi trascurati o in quelli che si verificano in individui predisposti per malattie generali, che l'infiltrazione non si trovi, come sol dirsi, *limitata* dopo 24 ore, e allora non resta che allargare e approfondire le prime incisioni e applicarvi nuove biette di pasta per essere sicuri che dopo altre 24 ore l'invadenza sarà arrestata. Nei timidi e negli ipersensibili l'incisione può essere preceduta da polverizzazione di etilene o da iniezioni locali di novocaina.

Dopo la caduta dell'escara — nerastra e circolare, simile a tronco di cono — il sottoposto tessuto, rigogliosamente granulante, sarà trattato, come di consueto, con medicatura asciutta e sterile. Il vuoto, che a tutta prima desta qualche impressione, non tarderà a colmarsi, e la cicatrice sarà piana e relativamente piccola.

L'esito sempre favorevole di questo trattamento abortivo e quindi la minor durata della malattia sono da attribuire, ripeto, esclusivamente a questo modo di adoperare il cloruro di zinco, cioè incorporato in varie proporzioni a farina di segale, per cui applicato su tessuti infiammati dà luogo alla formazione di albuminato di zinco, che agisce come *caustico fluido e diffusivo* (Gaglio) e attacca elettivamente i tessuti patologici (Marfori), onde fu detto *caustico intelligente*. Ha anche azione stimolante l'attività proliferativa e i poteri difensivi locali, oltre che importa minore o nessun pericolo di emorragia (Albertoni) anche se applicato in vicinanza di formazioni vascolari di qualche importanza. La preferenza di dare alla pasta di Canquoin anzichè alla soluzione, sia pure ad alto titolo, di cloruro di zinco, è dovuta al fatto che quest'ultima si limita ad una azione catteretica di primo ed immediato contatto — e quindi è di ottimo impiego su piaghe e ultecerazioni piane e superficiali, anche se fagedeniche —, mentre la pasta ha un potere caustico *meno fugace* e più *profondamente e circolarmente diffusivo*. Si può anche ammettere che una certa quantità di albuminato di zinco si trovi già preformato nella pasta se si tien conto che il cloruro di zinco entra in parziale combinazione con i proteidi della farina di segala, specialmente con la leucosina (albumina) mercè l'acqua di cristallizzazione e di aggiunta.

È proprio per questa azione diffusiva ed elettiva del cloruro di zinco sugli elementi patologici che con tale procedimento si possono evitare i tagli estesi del focolaio, generalmente oggi adoperati, e ciò non ha poco valore quando il favo ha sede sul viso o in generale su parti scoperte, ovvero in vicinanza di grosse formazioni vascolari o di articolazioni.

Ecco perchè è del tutto ingiustificato l'ostracismo dato da alcuni a *qualsiasi caustico* per la cura del favo in quanto l'azione del cloruro di zinco è ben differente da quella di tutti gli altri caustici, specie poi se adoperato sotto forma di pasta, tanto ciò è vero che gli antichi solevano prima denudare l'epidermide col caustico di Vienna e poi applicare la pasta di Canquoin per ottenere la detta azione profonda, diffusiva e selettiva.

Anche per il semplice foruncolo — che col favo ha comune etiologia — il trattamento è identico, ma in proporzioni molto più limitate quanto ad incisioni, le quali il più delle volte possono essere evitate bastando introdurre nel forellino centrale — che potrà essere allargato con uno specillo — un piccolo cuneo di pasta di Canquoin per essere egualmente sicuri della pronta guarigione.

Questa recisa affermazione, che potrebbe sembrare azzardata, circa la percentuale di mortalità nulla o minima e circa il potere abortivo e la breve durata della malattia che si ottengono con questo trattamento, è garan-

tita dal nome dei citati insigni clinici che costantemente l'adoperarono con successo e, se mi è lecito dirlo, anche dalla mia personale lunghissima esperienza, che mi ha indotto a riaffermarlo.

Bellosguardo (Salerno).

RIASSUNTO.

L'A. ha voluto rammemorare un antico procedimento curativo del favo-antrace, cioè l'uso del cloruro di zinco sotto forma di pasta di Canquoin nel focolaio aperto, procedimento che arresta l'infezione e abbrevia anche nei casi trascurati la durata della malattia.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

L'anoressia mentale e la sua cura d'urgenza.

(P. CHATAGNON e P. SCHERRER. *La Presse Méd.*, 23 agosto 1939).

L'anoressia mentale è una psicosi che colpisce quasi esclusivamente la fanciulla e la donna. Essa compare in pieno benessere. La sua diagnosi precoce è importante sopra tutto ai fini terapeutici perchè richiede l'isolamento e il sondaggio esofago-gastrico, oltre naturalmente la psicoterapia.

Il primo caso fu descritto dal Naudeau nel 1789. Però la descrizione esatta fu fatta dal Lasègue nel 1873.

L'ammalata non si nutre che in quantità minima e perde fortemente di peso (perdite anche di una trentina di chili). Se non si interviene si può avere la morte per cachessia o per malattia intercorrente (p. e. tubercolosi polmonare). C'è un contrasto stupefacente fra l'intensa attività dell'ammalata e il suo stato di magrezza. C'è anche un'assenza di autocritica per il proprio stato fisico, tanto che l'ammalata è euforica e sorridente. Un'alterazione mentale si rileva anche nella causa che spinge l'ammalata a non mangiare: per civetteria, per fobia dell'obesità, per disgusto degli alimenti cucinati in un dato modo, per timore della stitichezza, per non perder tempo. Inoltre anche la scelta del cibo dimostra una certa bizzarria: o solo prugne, o solo biscotti, o solo ostriche, o sola insalata, ecc.

Anche quando l'anoressia mentale ha inizio dopo disturbi dispeptici o dopo intervento chirurgico, si trova sempre in questi malati una eredità neuropatica.

Coll'anoressia si ha per lo più anche la sospensione delle mestruazioni.

La guarigione avviene per lo più improvvisamente.

La morte secondo alcuni è eccezionale, secondo altri si ha nel 13 % dei casi. L'avvenire mentale di questi malati rimane sempre riservato.

La patogenesi dell'anoressia mentale è molto discussa. Il Lasègue ne faceva una sindrome isterica, il Charcot una malattia che senza essere l'isteria vi si avvicina, il Janet la pone fra le ossessioni e la psicastenia.

Il Sollier prima l'ha chiamata sitiergia isterica, ma ammette anche l'esistenza di anoressie mentali di origine fobica o ossessionale e delle anoressie da inibizione funzionale.

Secondo altri (Seglas, Dubois) è uno dei segni della demenza precoce, perchè si accompagna o è seguita spesso da apatia, indifferenza, negativismo, bizzarrie.

Déjèrine distingue un'anoressia mentale primitiva che compare dopo un'emozione e una anoressia mentale secondaria a disturbi dispeptici, ma ammette però che nei due casi la malattia sia idiopatica.

Numerosi psichiatri seguono una dottrina eclettica.

Altri insistono su una genesi endocrina: ovarica e ipofisaria.

La distinzione dalla cachessia ipofisaria si può fare non solo secondo il criterio curativo (il malato di anoressia mentale non isolato guarisce, mentre quello con m. di Simmonds no), ma anche pel fatto che nel m. di Simmonds il dimagrimento notevole si ha anche con alimentazione sufficiente e i disturbi mentali compaiono solo tardivamente e consistono sopra tutto nei sintomi di depressione malinconica.

La cura è diversa se il malato è cachettico o no.

Se c'è cachessia il malato deve essere subito isolato e deve essere sottoposto ad alimentazione con sonda esofago-gastrica due volte al giorno con latte crudo e zuccherato e uova e inoltre sugo di frutta fresche. Inoltre per qualche giorno da 250 a 500 cc. di soluzione glucosata o soluzione fisiologica.

La cura dura a volte pochi giorni, a volte varie settimane. Si mostreranno i cibi alla malata prima di somministrarli colla sonda finchè essa accetterà di prenderli spontaneamente. Si farà anche psicoterapia e rieducazione muscolare.

Nei casi iniziali si ricorderà subito all'alimentazione colla sonda, ma anche subito si ricorrerà alla psicoterapia (che invece nelle forme cachettiche è utile solo in secondo tempo). Le cure opoterapiche sono ancora nel periodo sperimentale. L.

Il flusso cerebrale sanguigno nell'ipertensione arteriosa, nell'arteriosclerosi e nell'alta pressione intracranica.

(D. WILLIAMS e W. G. LENNOX. *The Quarter. Journ. of Medec.* luglio 1939).

L'importanza fondamentale dell'afflusso sanguigno adeguato al cervello si riflette nell'estrema costanza del circolo cerebrale in con-

dizione di buona salute. La saturazione di ossigeno del sangue che lascia il cervello è notevolmente costante. Il flusso sanguigno cerebrale totale non subisce variazioni nel sonno e nell'epilessia; però la sua riduzione sperimentale al disotto di un livello critico dà perdita della coscienza.

L'arteriosclerosi, l'ipertensione arteriosa e quella endocranica possono modificare il flusso sanguigno cerebrale e alcuni dei sintomi di queste malattie (cefalea, confusione mentale, coma) sono stati attribuiti a ingorgo cerebrale e ad anossiemia cerebrale, senza però che si sia potuta dimostrare questa modificazione circolatoria.

Gli AA. hanno studiato clinicamente il problema in malati ricoverati al Boston City Hospital. Furono studiati per controllo 7 malati che non presentavano disturbi cardiovascolari e che avevano pressione normale del liquor. Le osservazioni riguardavano 21 casi di ipertensione arteriosa, 18 di arteriosclerosi cerebrale e 13 di ipertensione endocranica.

In tutti fu prelevato il sangue da una vena giugulare interna e da un'arteria e fu studiato il contenuto gassoso dei due campioni di sangue. I prelevamenti erano fatti a digiuno e dopo riposo di tre ore.

I risultati ottenuti (vi sono inclusi anche quelli di un lavoro precedente, che risale al 1936, di Lemaox e Gibbs) hanno dimostrato un maggior contenuto di ossigeno arterioso nel gruppo di malati di ipertensione endocranica, e un minor contenuto in quelli con ipertensione arteriosa.

Nel gruppo con aumentata pressione endocranica il coefficiente di utilizzazione di ossigeno è stato uguale a quello del gruppo di controllo, mentre la differenza artero-venosa è stata maggiore del coefficiente di utilizzazione per il contenuto relativamente alto di ossigeno del sangue arterioso.

Nel gruppo con ipertensione arteriosa il coefficiente di utilizzazione era relativamente maggiore della differenza arterovenosa, per lo scarso contenuto in ossigeno del sangue arterioso. L'utilizzazione di ossigeno era del 9 % superiore a quella del gruppo di controllo.

Secondo Raab lo scarso contenuto di ossigeno nella vena giugulare interna indica ostruzione del flusso cerebrale, come conseguenza di spasmo vasomotorio o di sclerosi dei vasi cerebrali.

Il gruppo di malati di arteriosclerosi cerebrale diede una più netta deviazione dal gruppo di controllo nel senso che c'era un aumento notevole (del 15 %) del coefficiente di utilizzazione. L.

Sul nuovo metodo di cura della schizofrenia secondo Sakel.

(C. H. ROGGENBAU, *Deut. Mediz. Wochenschr.*, 18 agosto 1939).

Le opinioni intorno al valore terapeutico dello choc insulinico nella schizofrenia sono molto discordi. Mentre nelle prime statistiche si vantano buoni risultati nell'85 % dei casi e nel 70 % remissioni complete, una indagine più recente su quasi 1000 pazienti trattati con gli shocks insulinici ha dimostrato remissioni complete solo nel 25 %, miglioramenti nel 41 % dei casi. Nel 34 % dei casi non si è ottenuto alcun vantaggio. La discordanza dei risultati vantati è dovuta in gran parte a una differente valutazione delle indicazioni terapeutiche e quindi scelta dei casi da sottoporre alla cura insulinica. Gli stati paranoidici e paranoici come pure le forme di agitazione catatonica rispondono molto bene alla cura, mentre gli stati ebefrenici non ne risentono alcun vantaggio: ora gli stati di agitazione catatonica sembrano essere di natura esogena, e dovuti a processi encefalitici. Buonissimi risultati si ottengono egualmente nelle forme paranoiche e paranoico-allucinatorie: di queste molte sono dovute a fattori esogeni svariati tra cui sembrano avere particolare importanza i disturbi endocrini. Quelle forme adunque le quali rappresentano il nocciolo principale della schizofrenia, le ebefrenie cioè e le vere catatonie, sono proprio quelle che non risentono vantaggio dagli shocs insulinici. Bene influenzati dalla cura insulinica sono invece tutti quegli stati schizofrenosimili ad etiologia molto varia, il cui determinismo esogeno si rivela dal fatto che esse non seguono le regole ereditarie caratteristiche per la schizofrenia. Il vantaggio ottenuto con gli shocks insulinici in queste forme esogene è così pronto e radicale da servire come importante criterio diagnostico differenziale di fronte alla vera schizofrenia, non influenzabile dalla insulina.

Fenomeni obbiettivi notevoli che insorgono durante la cura con gli shocks insulinici sono la comparsa di accessi epilettici ed il notevole aumento di peso (fino a 7 Kg. in una settimana) dovuto in gran parte a disturbato ricambio idrico. P.

Il trattamento dell'ipertonia piramidale con l'ematoporfirina.

(W. STERLING e W. STEIN. *Presse Médicale*, 26 agosto 1939).

Il trattamento dell'ipertonia muscolare di origine piramidale è stato finora uno dei problemi più difficili della neuralgia clinica. I metodi di neurochirurgia (operazione di Förster, di Stoffel, aponeurectomia, neurectomia, rami- e gangliosezione, cordotomia laterale), la terapia fisica (bagni caldi prolungati e galvanici, movimenti passivi sotto l'acqua), come il trattamento medicamentoso (bromuro di cicutina, octina, curaro, eritroidina) non hanno dato risultati soddisfacenti. Gli AA. trattando un individuo depresso affetto da sclerosi a placche con l'ematoporfirina (è noto che questa sostanza è un buon medicamento della malinconia) constatarono una regressione evidente degli spasmi e dell'ipertonia muscolare.

Si trattava di un malato di 54 anni affetto da paraparesi spastica con sintomi pseudobulbari e spasmi parossistici dolorosissimi dei muscoli delle estremità inferiori. Dopo 3 iniezioni di ematoporfirina si ebbe diminuzione dello stato di depressione, e dopo 4 iniezioni regressione notevole dell'ipertonia muscolare: i movimenti passivi fino allora impossibili potettero essere provocati e l'infermo cominciò a camminare.

Dal punto di vista clinico l'ematoporfirina appartiene al gruppo delle pirine, e contiene nella sua molecola quattro anelli di pirolo. È caratterizzata da uno spettro speciale di assorbimento, da una fluorescenza rossa alla luce ultravioletta, e da un'azione fotodinamica speciale per la quale sensibilizza la cute all'azione della luce. Normalmente circola nel sangue in quantità infinitesimali, che aumentano considerevolmente nel sangue come nelle urine in seguito ad avvelenamento da piombo e da sulfonal.

Hausmann mediante iniezioni di ematoporfirina ottenne negli animali una notevole sensibilizzazione della cute alla luce, e suppose che essa esercitando per questo un'azione sui centri vegetativi stimolerebbe il tono affettivo.

Hühnerfeld constatò che dosi minime di ematoporfirina provocano negli animali una agitazione gioiosa e vivaci reazioni psicomotorie. Pertanto adoperò la sostanza stessa nella cura degli stati depressivi con risultati favorevoli, che furono poi confermati da numerosi altri autori.

Ulteriori ricerche sperimentali e cliniche hanno dimostrato che l'azione dell'ematoporfirina su i centri vegetativi sarebbe non solo tonica ma anche regolatrice nel senso di conservare o ristabilire l'equilibrio e l'armonia funzionale del simpatico e del parasimpatico.

Si è tentato di trattare con l'ematoporfirina, oltre gli stati depressivi della psicosi maniaco-depressiva, le depressioni di altra origine (depressioni reattive, puerperali, presenili) e le diverse distonie vegetative, come l'asma estiva, l'emicrania, le vagotonie post-influenzali e puerperali, l'epilessia, gli stati ansiosi, la frigidità degli ipoplastici.

È con il medesimo meccanismo di azione su i centri vegetativi che si spiega, verisimilmente, il risultato favorevole del trattamento dell'ipertonia muscolare. Furono adoperate a tale scopo fiale di 1 cmc. con gr. 0,20 di ematoporfirina. Si comincia la cura con iniezioni endomuscolari di mezza fiala e si aumenta progressivamente la dose fino a raggiungere un cmc. In genere sono sufficienti 10-12 iniezioni.

La regressione dei fenomeni spastici comincia dopo la 2ª o 3ª iniezione. I movimenti passivi diventano possibili e l'andatura più spedita; contemporaneamente cessano le crisi di spasmi dolorosi e l'impressione di tensione penosa della muscolatura.

Ma il trattamento non ha alcuna influenza apprezzabile su altri fenomeni della serie piramidale (segni di Babinski, di Oppenheim, di Rossolimo, esagerazione dei riflessi tendinei), nè sulla forza muscolare.

In conseguenza la cura con l'ematoporfirina deve essere limitata alle sindromi cliniche deficitarie, nelle quali l'ipertonia muscolare predomina notevolmente sui fenomeni paretici.

Parallelamente al miglioramento dei fatti somatici si ha la regressione dello stato di depressione ed insieme una maggiore vivacità dei movimenti volontari e della parola.

Se non si hanno risultati apprezzabili dopo qualche iniezione il trattamento deve essere considerato inefficace anche aumentando le dosi.

Nei casi in esame l'effetto terapeutico è comparso dopo 4 iniezioni (in un caso dopo 7 giorni) e durava da sette a undici giorni. Si trattava di sei casi di sclerosi a placche in fase cronica senza riacutizzazioni nè remissioni spontanee, di un caso di paralisi spinale sifilitica refrattario al trattamento specifico, di un caso di commozione midollare grave e di un caso di morbo di Little. L'effetto curativo fu nettamente positivo in tutti i casi tranne due.

La cura anche prolungata non provoca mai alcun segno di choc o d'intossicazione. È controindicata negli ipertesi, negli arteriosclerotici, negli individui affetti da malattie del sangue, del fegato e dei reni, e nei malati con ematoporfinuria congenita o acquisita. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

ROBERTO IONATA. *Anatomia dello scheletro umano fetale*. Pag. 286. Prezzo L. 80. Bologna. L. Cappelli, 1939.

Si tratta di un nuovo grandioso esperimento di « anatomia radiografica », pensato con intendimenti clinici e biologici, eseguito con una tecnica mirabile, portato ad una pratica realizzazione che supera qualunque più fiduciosa attesa. Quanto le indagini dissettorie e istologiche avevano sinora messo in evidenza sui processi di ossificazione ha l'A. illustrato, definito, completato con una metodica radiologica che si afferma, con 235 immagini fotografiche originali, in ogni segmento dello scheletro nella sua evoluzione fetale.

L'opera è presentata al lettore da un anatomico, il prof. Bertelli, e da un radiologo, il prof. Rossi; manca per la sua più giusta e completa definizione il nome di un biologo, che potrebbe essere anche un clinico di vasta ed eclettica coltura.

È un libro di cui non tutti potranno intendere l'eccezionale valore, la difficoltà enorme della sua elaborazione, e specialmente la sua pratica utilità; eppure è un'opera originale, in parte novissima per il contenuto e per la forma, che ha tutti gli attributi sopraccennati, e che va intesa come una base granitica

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

su cui può costruirsi un vasto e vario edificio di coltura e di pratica medico-chirurgica. L'organogenesi è ancora un campo pieno di ombre e di zone inesplorate; carpirne la sua evoluzione nel protrarsi dell'embriogenesi, precisarne le tappe e le varie successioni di sviluppo con la realtà di una immagine fotografica, doveva sedurre qualunque studioso e paziente cultore di anatomia. È in tal modo che si continua la tradizione di quella scuola anatomica, che segnò il progresso dello studio dell'uomo di fronte alla autorità dei classici saldamente legati alle dottrine galeniche, rivelando al mondo ancora una volta il genio italico agli albori del Rinascimento. Fu l'epoca gloriosa di Bartolomeo Eustachio, di Vesalio, di Falloppio, di Fabrizio e di tanti altri, e del più gigantesco intelletto latino della nuova èra, Leonardo da Vinci, che le trame della natura dell'uomo ricercò nelle sue forme anatomiche.

Da ciò è facile intendere come ogni nuovo contributo al perfezionamento degli studi anatomici assurga a un evento di vasta eco nei più diversi campi della scienza, e dell'arte da cui non sempre va disgiunta. Dobbiamo quindi in special modo essere grati al Ionata, che ha arricchita la letteratura medica italiana di un'opera, grande di mole e di valore scientifico, in cui in perfetta sintesi è esposto tutto ciò che la dottrina e l'esperimento ci hanno fornito sino ad oggi, attraverso una documentazione che è certezza, sulla « anatomia dello scheletro umano fetale », apportando nelle questioni più controverse, ampliamente esaminate e discusse, la grande luce della indagine radiologica. G. MÒGLIE.

H. ROUVIÈRE. *Anatomie générale. Origines des formes et des structures anatomiques*. Masson et C.ie Editeurs. Paris, 1939, pag. 192. Pr. fr. 70.

È un'opera di profonda coltura e di elaborata dottrina sulla origine delle forme e delle strutture anatomiche, che, dipartendosi dalle leggi dell'ontogenesi che dirigono lo sviluppo del tessuto e dell'organo nell'individuo della stessa specie, e da quelle dell'evoluzione che differenziarono le diverse specie e concorsero all'adattamento funzionale, espone i suoi concetti sui vari fattori che concorrono alle trasformazioni di forma e struttura dell'organismo umano oltre quelle di natura fisico-chimica.

Tra essi considera particolarmente gli adattamenti meccanici riguardanti i tessuti che concorrono a una determinata funzione, tra fasci muscolari e tendini ad esempio, e la risultanza funzionale dovuta a un particolare orientamento di un tessuto verso l'altro associato ad una ben definita attività cumulativa. Sono tutte documentazioni ragionate e discusse dei fenomeni che caratterizzano l'evoluzione filogenetica, che regolano le trasformazioni imposte da adattamento a nuove condizioni di vita.

Da una visione di vicende puramente anatomiche si assurge ad una concezione astratta, diremmo filosofica, della vita in evoluzione, armonizzante i vari organismi con il modificarsi dell'ambiente di esistenza e si perviene inevitabilmente al concetto idealistico di una « energia vitale », l'impulso vitale di Bergson, preesistente al fenomeno che naturalmente, fatalmente si compie, e ne costituisce « la ragione di finalità ». Va quindi ammessa una predisposizione cellulare che in istogenesi costituisce la « potenzialità cellulare ».

L'A. si intrattiene con un profondo senso critico sulla ereditarietà delle « formazioni » e conclude che solo le modificazioni puramente morfologiche, la cui formazione è d'ordine nettamente meccanico, non sono trasmesse per eredità e non partecipazione all'evoluzione.

L'opera voluminosa, amplia, profonda nel corredo documentario, critica e polemica in alcuni punti si propone lo studio dei rapporti tra il meccanismo e la formazione dei caratteri anatomici, e contempla quanto si osserva nella morfogenesi delle ossa lunghe e piatte, nella loro struttura microscopica e architettonica, e nelle trasformazioni per attività meccaniche imposte dall'adattamento alla finalità di armoniche sinergie funzionali. E le stesse esperienze si rivolgono alle cartilagini, aponevrosi, fascie, capsule articolari, legamenti, muscoli, meningi, vasi, organi splancnici.

È un'opera che apporta un contributo originale e di grande rilievo all'anatomia generale, reso più accessibile ai meno esperti da numerose illustrazioni, e corredata da una ricca bibliografia. G. MÒGLIE.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Arteriosclerosi e ghiandole endocrine.

L'arteriosclerosi, considerata nel suo complesso, rappresenta uno stato largamente dipendente dalla costellazione endocrina, ma è connessa, d'altra parte, con fattori costituzionali ed esogeni specialmente alimentari.

Agisce anzitutto, come osserva W. Raab (*Klin. Wochens*, 29 aprile 1939) il complesso lipoide-adrenalina prodotto dalla corteccia e dal midollo surrenale che tende a ledere la media e l'intima. L'effetto di altri ormoni (preipofisi che favorisce l'arterioslerosi, ghiandole germinative ed in parte anche tiroide che si oppone all'arteriosclerosi) si esplica, a quanto sembra, per l'intermedio dello stato dei surreni.

I tentativi di profilassi devono esplicarsi nel senso di evitare un'eccessiva eccitazione della funzione surrenale, sia da parte di sostanze alimentari (colesterina, vitamina D delle uova e grassi animali), sia per tossici voluttuari (nicotina) sia per sovraccarico psichico. Non è possibile influenzare terapeuticamente le lesioni arteriosclerotiche delle pareti vasali già verificatesi. *fil.*

Aterosclerosi coronaria nel diabete mellito.

L'aterosclerosi delle coronarie che si manifesta clinicamente con angina pectoris, e trombosi coronaria è diventata causa molto frequente di malattia e di morte negli Stati Uniti, specialmente fra gli uomini di affari. La sua frequenza nel diabete mellito è notevole: la metà di 500.000 diabetici viventi è destinata a morire per occlusione vascolare (e la sclerosi coronaria è la forma più importante).

H. F. Root, E. F. Bland, W. H. Gordon e P. H. White (*The Journ. of the Americ. Med. Association*, 1° luglio 1939) hanno esaminato le autopsie di 349 malati di diabete fatte dal 1921 confrontandole con 3400 autopsie di non diabetici.

Una differenza notevole si è avuta fra i due sessi nella frequenza di lesioni aterosclerotiche nei due gruppi, diabetici e non diabetici. Nei diabetici 45 % dei colpiti erano maschi e 55 % femmine, nei non diabetici 63,3 % maschi e 3 ,7 % femmine.

Nei riguardi dell'età l'occlusione coronaria si ebbe a meno di 40 anni in 2 su 33 malati diabetici (6 %), mentre se ne ebbero 7 su 1090 non diabetici (0,6 %), fra 40 e 60 anni vi furono 31 diabetici su 132 malati (23 %) e 80 su 1273 non diabetici (6 %), fra 60 e 80 anni 75 su 175 diabetici (43 %) e 102 su 977 non diabetici (10 %), al disopra di 80 anni 3 su 9 (33 %) diabetici e 7 su 60 non diabetici (11 %). Complessivamente, indipendentemente dall'età, si ebbe occlusione coronarica nel 32 % dei diabetici e nel 6 % dei non diabetici.

Per la stenosi delle coronarie senza occlusione la percentuale fu del 3 % nei diabetici e del 0,7 % nei non diabetici al disotto dei 40 anni, del 17 % fra i diabetici e del 12 % fra i non diabetici, fra 40-60 anni, del 22 % fra i diabetici e 30 % fra non diabetici, fra 60 e 80 anni e oltre gli 80 anni 44 % fra i diabetici e 50 % fra i non diabetici.

Assenza di stenosi coronaria si ebbe nel 40 % dei diabetici e nell'82 % dei non diabetici.

L.

La funzione renale nei diabetici normotesi e nei diabetici ipertesi.

B. Della Maggiore (*Archivio per lo studio della fisiopatologia e clinica del ricambio*, luglio-agosto 1939) ha esaminato la funzione renale in una casistica di diabetici non in acidosi, mettendo a confronto, l'uno rispetto all'altro, il diabetico normoteso per lo più giovane ed il diabetico iperteso di tipo florido, per lo più in età presenile.

Gli ammalati erano esenti da ogni altra componente morbosa clinicamente accertabile. Le indagini, fatte prima di ogni regime insulinico oppure, nei casi nei quali era stata iniziata la cura, qualche giorno dopo la sospensione dell'insulina, hanno avuto per oggetto la costante di Ambard, lo studio della funzione renale col metodo della creatinina secondo Rehberg, la diuresi giornaliera e la ricerca della soglia renale per il glucosio.

In base ai risultati ottenuti l'A. conclude che vi sono chiare differenze fra la condizione funzionale del diabetico normoteso e quella del diabetico iperteso nei riguardi del rene come organo di filtrazione e di concentrazione. Infatti se nel diabetico normoteso, a parte la aumentata diuresi, la funzione renale appare appena un po' meno buona della norma, nei diabetici ipertesi la netta diminuzione del filtrato glomerulare e la elevazione della costante di Ambard svelano una decisa diminuzione della efficienza funzionale del rene. F. TOSTI.

Azione della lattoflavina e dell'ormone corticosurrenale sul diabete renale e sulla glicosuria florizinica.

La corteccia surrenale avrebbe, secondo H. Robbers e O. Westenholffer (*Klin. Wochenschr.*, 6 luglio 1939) una importanza fondamentale per la fosforolizzazione del glucosio e dei grassi. La unione con l'acido fosforico è indispensabile per l'assorbimento degli idrati di carbonio e dei grassi. Partendo dalla ipotesi che nel diabete renale il riassorbimento del glucosio sia deficiente per scarsezza di ormone

cortico-surrenale, si sono proposti estratti corticali per la cura di tale malattia, ottenendo talora buoni risultati. Gli AA. invece non sono riusciti a modificare la glicosuria di diabetici renali, nè con estratti corticali, nè con lattoflavina, nè con lattoflavina-acido fosforico. La somministrazione di queste stesse sostanze non riuscì mai a diminuire la glicosuria florizinica. Questi risultati sull'uomo contrastano con quelli ottenuti su animali, nei quali sia l'estratto cortico-surrenale e, più ancora, la lattoflavina diminuiscono la glicosuria florizina. L'iniezione di estratti cortico-surrenali e di lattoflavina non offrono quindi alcun dato positivo da cui si possa dedurre una differenza tra il diabete renale e la glicosuria provocata da iniezioni di florizina. P.

Uno studio clinico dell'insulina precipitata all'allume.

La protamino-insulina è certamente un progresso nella cura del diabete. Però la sua azione non comincia che circa sei ore dopo l'iniezione, per cui è necessario a volte usare anche l'insulina comune. Inoltre la sua azione ipoglicemizzante non è uniforme, per cui si può avere uno shock da insulina anche 24 ore dopo l'iniezione, e il suo uso ripetuto può provocare reazioni proteiche. Per questo si cercarono altri prodotti e precisamente si usò l'insulina precipitata all'allume. Quest'insulina si prepara aggiungendo 10 cc. di una soluzione al 50 % di Na-Cl $(SO_4)_2$ 12 H_2O a 100 cc. di insulina U. 40. Dopo 24 ore di permanenza nel refrigeratore si centrifuga il precipitato che si è formato e vi si aggiungono ancora 10 cc. di soluzione soda-allume. Dopo altre 24 ore di refrigerazione si ha un nuovo precipitato. I precipitati così ottenuti sono sospesi in 50 cc. di soluzione salina con pH6; vi si aggiunge 0,2 % di fenolo e si distribuisce in fiale.

L. Rosenthal, S. M. Fialka e J. Kamblet (*The Americ. Journ. of the Medic. Sciences*, luglio 1939) usarono l'insulina precipitata all'allume in 12 diabetici nei quali erano necessarie fortissime dosi di insulina (fino a 160 unità al giorno). Due di questi era giovani. Tutti furono seguiti per anni.

Complessivamente furono fatte migliaia di iniezioni da cui è risultato che l'insulina precipitata all'allume è una preparazione non pericolosa. Essa fu usata in una unica iniezione quotidiana equivalente alla quantità di insulina comune usata precedentemente in più iniezioni. In un caso furono usate 160 unità in una unica iniezione.

L'abbassamento della glicemia comincia due ore dopo l'iniezione e raggiunge il massimo dopo 8 ore, per cui è inutile servirsi anche di insulina comune. L'azione si distribuisce nelle 24 ore in modo da non far temere gli inconvenienti notati colla protamino-insulina. In un solo caso ci fu tetania ipoglicemica, ma si trattava di un malato che già aveva avuto varie crisi ipoglicemiche in 10 anni di cura anche con altri tipi di insulina.

In tutti i casi dopo un po' di tempo si dovette ridurre la dose iniettata, il che prova il miglioramento della tolleranza ai carboidrati.

La mancanza di proteina eterogenea in questo tipo di insulina ne rende più sicuro l'uso. Le iniezioni di insulina precipitata all'allume non provocano infiltrazioni locali. L.

La sindrome di Laurence, Moon e Bardet. (Obesità neuro-ipofisaria).

Delmas, Marsallet, Bergougnan, Bessière e Lafon (*J. Méd. Bordeaux* e *J. praticiens*, 15 luglio 1939) descrivono un caso di questa sindrome piuttosto rara, in un giovane di 26 anni.

L'affezione è congenita ed ereditaria e si manifesta con tre sintomi principali: retinite pigmentaria, distrofia adiposo-genitale e malformazione congenita. La retinite pigmentaria consiste in un ammasso di pigmento, coesistente con atrofia gialla della papilla. Altre volte, si ha atrofia ottica senza pigmentazione. Evoluzione lenta; dapprima emeralopia, restringimento concentrico del campo visivo, diminuzione progressiva dell'acutezza visiva, che mette capo alla cecità.

L'adiposità è del tipo Fröhlich-Babinski, con predominanza alla radice degli arti. I disturbi sessuali sono variabili ed è questa la differenza con la tipica sindrome adiposo-genitale. L'infantilismo sessuale è incostante; spesso la verga è minuscola e le erezioni mancano; la pelosità è abbondante, ma la voce rimane debole.

Costanti sono i disturbi intellettuali: i malati sono apatici, lenti, mansueti; spesso polio sin-dattilia; metabolismo generalmente abbassato, sangue normale.

Il paziente degli AA. aveva inoltre un diabete insipido lieve (poliuria di 3-4 litri). L'esame radiologico del cranio è per lo più negativo.

La prognosi *quoad vitam* è sconosciuta, quella visiva è cattiva. La topografia del processo causale rimane dubbia (ipofisi o partecipazione diencefalica). Il trattamento è quasi nullo: la vitamina C influenza la sindrome adiposogenitale, ma non la retinite. Risultati favorevoli sarebbero stati ottenuti con gli estratti di lobo anteriore ipofisario. *fil.*

A proposito dell'azione dell'adrenalina nel m. di Basedow, il suo interesse per la prognosi operatoria.

Le osservazioni di Aalsmeer hanno dimostrato che nei malati di gozzo basedowificato o in procinto di basedowificarsi l'iniezione sottocutanea di 1 mgr. di adrenalina provoca una caduta della pressione minima e la comparsa

di rumori arteriosi spontanei alla periferia nei 10-20' che seguono l'iniezione.

M. S. Gondsmit (*Le Scalpel*, 3 giugno 1939) riferisce le osservazioni da lui fatte in sette casi. Da queste osservazioni si deduce che la prova di Aalsmeer ha valore per la prognosi operatoria, nel senso che quando non produce modificazioni circolatorie o le dà appena accennate (n. e. caduta della pressione minima di soli 5 mm. di Hg) la prognosi operatoria è ottima mentre è meno buona man mano che le alterazioni sono più accentuate. Questo metodo è, secondo l'A., più sicuro dello studio del metabolismo basale per stabilire se le cure mediche sono efficaci.

Questa prova di Aalsmeer richiede l'esistenza di cuore in buone condizioni funzionali.

L'interpretazione fisiopatologica del fenomeno è ancora allo studio. Secondo Mackenzie si tratterebbe di variazioni dovute a dilatazione delle arteriole periferiche e l'Aalsmeer, che in un primo tempo aveva accettato quest'ipotesi, ora la nega. L.

Nota sul controllo dell'ipoparatiroidismo con diidrotachisterolo.

F. Albright (*The Journ. of the Americ. Med. Assoc.*, 24 giugno 1939) fa notare che il problema terapeutico dell'ipoparatiroidismo si può semplificare così: ogni volta che si hanno fenomeni di tetania si può essere sicuri che il tasso del calcio è diminuito. Dal punto di vista terapeutico lo scopo è di ottenere un aumento della calcemia senza cadere nell'ipercalcemia. L'aumento della calcemia si può ottenere col diidrotachisterolo e il controllo si può fare colla prova di Sulkowitch nelle urine.

Il diidrotachisterolo, come la vitamina D, è un derivato fotochimico dell'ergosterolo. Esso fu adoperato da Holz (di Berlino) nella cura dell'ipoporatiroidismo.

La diagnosi di tetania ipoparatiroidea si fa coll'esame delle urine: nella tetania alcalotica si ha calcio nelle urine; non se ne ha affatto nella tetania ipoparatiroidea.

Il reattivo di Sulkowitch (gr. 2,5 di acido ossalico, gr. 2,5 ossalato di ammonio e 5 cc. di acido acetico glaciale si sciolgono in acqua distillata e si portano a volume di 150 cc.) si aggiunge alle urine. Se non si forma precipitato vuol dire che il calcio manca. Se c'è ipercalcemia si ha un precipitato lattiginoso. Se si forma una nubecola il calcio del siero di sangue è normale.

Il malato può fare queste prove da sè e regolare la dose del medicamento. Si adopera il diidrotachisterolo in dose di 3 cc. al giorno finchè compare il calcio nelle urine; poi si diminuisce la quantità secondo il bisogno. L.

La follicolina nella cura delle metrorragie ginecologiche e puerperali.

M. B. Cetroni (*La Clinica ostetrica*, giugno 1939) osserva che pure essendosi assai estese le applicazioni terapeutiche della follicolina, il suo uso non è ancora stato ben precisato nella cura delle metrorragie. Essa appare indicata soprattutto nelle metro- e menorragie funzionali ed in quelle da endometrite. L'A. ha circoscritto le sue osservazioni ai casi in cui le metrorragie erano legate ad un processo infiammatorio cronico, spesso interessante anche gli annessi.

Si trattava di donne in cui le mestruazioni erano prolungate, talvolta con metrorragie abbondanti; talora, annessi fissi, lievemente ingrossati e temperatura subfebbrile. In tali casi, gli altri trattamenti (riposo, ghiaccio sull'addome, preparati coagulanti e di segale) erano stati inefficaci; il raschiamento endouterino è pericoloso.

Su 24 casi così trattati con dosi medie (50 mila - 100.000 U.I.B.; 10.000 al giorno) di follicolina somministrata per iniezioni endomuscolari, si sono ottenuti buoni risultati in 20. L'A. ha, inoltre, curato 12 pazienti con metrorragie precoci o tardive del puerperio (8 dopo parto e 4 dopo aborto), sempre con buoni risultati. Egli ritiene che le emorragie cessino per una più rapida rigenerazione della mucosa, come ha potuto dimostrare sperimentalmente, iniettando dosi giornaliere di 10.000 U.I.B. di follicolina in puerpere normali e facendone delle biopsie per lo studio istologico. *fil.*

MEDICINA PREVENTIVA

Vaccinazione antitifico-paratifica per via orale e agglutinine.

M. Guarnacci (*Giornale di Batteriologia e Immunologia*, settembre 1939) dice che la vaccinazione antitifico-paratifica per via orale, che trova applicazione specialmente in quei casi in cui, per condizioni particolari di tempo e di ambiente, si rende difficile o addirittura inapplicabile la immunizzazione per via parenterale, ha tuttavia sicuramente una reale efficacia, come attestano le esperienze di numerosi Autori.

Esiste però ancora il dibattito sul suo meccanismo di azione e sulla natura, locale o generale, della immunità da essa conferita.

Per tale ragione è apparso all'A. utile fare su 227 vaccinati per via orale la ricerca delle agglutinine, studiando separatamente i fattori anti-H, anti-O e anti-Vi. Il trattamento vaccinante era stato eseguito con l'enterovaccino TAB preparato dall'Istituto Sieroterapico e Vaccinogeno Toscano somministrando a ciascun individuo 4 pastiglie di vaccino biliato per due mattine consecutive, a digiuno. Le reazioni di agglutinazione sono state eseguite a distanza di un mese dall'avvenuta vaccinazione. Nel complesso sono risultati 72 sieri con agglutinazioni positive (per lo più verso un unico germe, di solito il b. tifico) di fron-

te a 155 sieri completamente negativi: il titolo di agglutinazione è stato sempre molto basso.

Le ricerche dell'A. fanno quindi osservare la rarità e la scarsezza della presenza di agglutinine nei sieri di vaccinati per via orale e ciò conferma quanto è stato notato dalla maggior parte degli Autori che si sono occupati di questo argomento. D'altronde il titolo molto basso della maggior parte delle agglutinazioni ottenute lascia difficilmente concludere per la loro specificità, almeno nella maggioranza dei casi. In conclusione quindi la produzione di una immunità umorale nella vaccinazione per os si potrebbe ammettere soltanto in una percentuale ridottissima di vaccinati: ciò però non è da interpretarsi come una prova negativa riguardo alla importanza del metodo vaccinante nella difesa contro le infezioni tifo-paratifiche, in quanto la formazione dell'anticorpo agglutinante non è che uno dei fattori su cui si basa il potere immunitario e l'importanza di questo tipo di vaccinazione va piuttosto basata sui risultati pratici della sua applicazione. F. TOSTI.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Diagnosi elettrocardiografica di alterazioni atriali nell'uomo per mezzo di derivazioni sternali.

In molti casi, osserva C. Ernst (*Klin. Wochenschr.*, 2 settembre 1939) la diagnosi di vizio mitralico riesce difficile. Probabilmente si diagnostica spesso un vizio mitralico senza che questo esista: l'A. spiega così le osservazioni di vizi mitralici acquisiti in età giovanile e poi guariti del tutto. La difficoltà della diagnosi è aumentata per il fatto che in giovani sani, soprattutto di sesso femminile, per ragioni ignote il secondo tono polmonare può essere vibrato, talora quasi accentuato: se allora si ascolta anche un rumore accidentale alla punta, molti sono indotti a fare diagnosi di insufficienza mitralica. Onde evitare in questi casi errori diagnostici con tutte le loro conseguenze, è necessario ricorrere a tutti i possibili mezzi diagnostici ausiliari, compreso l'elettrocardiagramma. Quest'ultimo in derivazione estrema dimostra in un piccolo numero di casi alterazioni caratteristiche per un vizio mitralico; però la maggior parte dei vizi mitralici clinicamente sicuri non si manifesta con alcun segno elettrocardiografico. Tentativi di migliorare le possibilità diagnostiche col sostituire alla derivazione estremità la derivazione sternale, non hanno dato risultati degni di rilievo tali da consigliare la nuova derivazione. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Formazione di gas liberi nel sangue e nei tessuti durante la rapida decompressione.

G. Schubert e A. Grüner (*Klin. Wochenschr.*, 22 luglio 1939) notano che lo studio della formazione di gas nel sangue e nei tessuti durante l'improvviso verificarsi di una forte iperpressione, e della possibilità di evitare la morte con un immediato ritorno a condizioni normali di pressione è importante per la realizzazione del volo stratosferico. In tali voli l'equipaggio è difeso da una camera ermetica o da uno scafandro di iperpressione. Se improvvisamente viene a mancare per qualche ragione la chiusura ermetica, gli individui sono esposti a pressioni estremamente basse: vi è la possibilità tecnica di scendere rapidamente in zone di pressione normale, perciò è importante studiare se questa discesa possa o no salvare la vita ai pericolanti. Esperienze su ratti dimostrano che un rapido passaggio (entro 1 minuto) ad una ipopressione di 75-70 mm. Hg (corrispondenti ad una altezza di 16-17 Km.) non è assolutamente mortale, purchè il soggiorno a tale pressione duri solo un istante e si ritorni immediatamente a pressioni più alte. Quanto più è lunga la permanenza nelle zone di bassa pressione, tanto più estese sono le lacerazioni che si formano nel tessuto polmonare e le emorragie nei bronchioli e negli alveoli. Queste lacerazioni ed emorragie costituiscono il fattore letale anche quando dopo pochi secondi si ritorna ad una pressione normale, invece la formazione di gas liberi rappresenta un processo completamente reversibile. Differente è il caso quando la ipopressione arrivi ai 60 mm. Hg, e la permanenza vi si prolunghi per almeno 1 1/2 minuti: la morte è allora inevitabile, perchè al ritorno in condizioni normali di pressione si forma non solo una atelettasia completa del polmone, ma la formazione di gas nel sangue raggiunge una tale entità da danneggiare irrimediabilmente la circolazione in organi di importanza vitale. In tali condizioni si liberano improvvisamente in gran quantità anche il CO_2 e l'O_2 chimicamente fissati.

P.

VARIA

Il cuore " alleggerito ,, con un intervento chirurgico.

Al congresso tedesco di cardiologia, tenutosi in Bad Neuhain, il prof. F. Sauerbruch, clinico chirurgo di Berlino, presentò un ragazzo da lui operato al cuore. Una miocardite aveva lasciato, come esiti, degli indurimenti, formati da tessuto cicatriziale in parte calcificato. Essi rendevano dolorose e inefficienti le contrazioni dell'organo, determinando uno stato d'invalidità. Vennero asportati con un'operazione oltremodo indaginosa e delicata, che si protrasse per ore; l'organo continuava a funzionare senza interruzioni durante l'intervento. Da parte dell'operatore, si richiese una straordinaria resistenza nervosa. M. P.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi delle malattie veneree. Provvedimenti per la tutela della sanità pubblica in caso di emergenza.

Sotto questo titolo il Ministero dell'Interno (Direzione generale della sanità pubblica) ha diramato ai Prefetti e altre Autorità la seguente circolare n. 129 in data 27 settembre 1939-XVII:

In previsione di concentramenti di nuclei di popolazione sia civile che militare in varie zone del Regno, si rende necessario intensificare i servizi di profilassi delle malattie veneree.

La vigilanza sul meritricio in genere ed in specie sul meritrico clandestino dovrà essere assicurata ai fini del controllo sanitario delle prostitute.

Tutte le donne esercenti isolatamente e fuori dei locali autorizzati dovranno essere fornite del libretto sanitario.

Nei centri dove si verificano ammassamenti di truppe o di contingenti navali, sia esaminata la opportunità di aumentare il numero dei dispensari antivenerei o almeno di intensificare l'attività di quelli esistenti, prolungandone gli orari di servizio, a seconda delle necessità locali.

Le visite mediche alle prostitute siano praticate con maggiore frequenza (a giorni alterni).

Gli Ispettori dermosifilografi, in questo periodo, esercitino più frequenti controlli nei dispensari per assicurarsi della perfetta efficienza del funzionamento dei servizi; accertino che le visite mediche alle prostitute vengono regolarmente eseguite e che la tenuta delle case di tolleranza risponde alle norme igieniche.

Attendo un cortese cenno di assicurazione.

Pel Ministro: BUFFARINI.

CONCORSI.

Posti vacanti.

APUANIA. *R. Prefettura.* — Il concorso per medici condotti è prorogato al 30 novembre 1939.

ARGENTA (*Ferrara*). *Ente Comunale di Assistenza.* — Chirurgo primario direttore dell'Ospedale civile « Mazzolani-Vandini »; proroga a tutto il 31 ottobre.

BENEVENTO. *Ufficio Prov. Fascista Federaz. Casse Mutue di Malattie dell'Industria.* — Capo del servizio sanitario; scad. 60 giorni dal 20 sett.; stip. L. 15.600 e 13ª mensilità; nomina di prova per 6 mesi.

BERGAMO. *Amministr. Prov.* — Medico aggiunto presso l'Ospedale psichiatr. provinc.; titoli scientifici e pratici; scad. 31 ottobre, ore 18. Stip. L. 12.000 e 10 bienni di L. 550; serv. att. L. 2800. Età limite 35 a. al 1° sett. Assunzione servizio entro 20 giorni. Rivolgersi alla Segreteria gen.

FIUME. *Ospedale Civile di Santo Spirito.* — Medico primario dirigente la Divisione psichiatrica; titoli; scad. 25 nov., ore 12; stip. L. 15.000 e 3 aumenti di L. 3000; serv. att. L. 3000; alloggio o indennità di L. 3000. Rivolgersi alla Segreteria.

PESARO (*Urbino*). *Amministr. Prov.* — Medico assistente nell'Ospedale psichiatr. prov.; scad. 30 ott.; età limite 42 a.; stipendio L. 7580 e 5 quadrienni decimo, vitto, alloggio; tassa L. 50. Chiarimenti dalla Segreteria gen.

PESCARA. *Consorzio Prov. antituberc.* — Medico aiuto del Dispensario prov.; titoli ed esami; stip. L. 12.000 e 2 quadrienni di L. 1000, indenn. serv. att. L. 1200. Scad. ore 17 dell'11 dic. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria.

TRADATE. *Ospedale di Circolo « Luigi A. Galmarini ».* Assistente medico-chirurgo; L. 4000 annue e partecipazioni, vitto e alloggio. Scad. 60 giorni dal 20 settembre. Età limite 30 a. Rivolgersi Segreteria.

VARESE. *Amministr. Prov.* — Medico primario presso l'Ospedale psichiatr. prov., con incarico di anatomo-patologo; età limite 35 a.; scad. 31 ottobre, ore 18; stip. L. 16.000 e 6 aumenti decimo; serv. att. L. 2000; alloggio o indennità di L. 2000 (se ammogliato). Assunz. servizio entro 15 giorni.

VENEZIA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Aiuto medico nel Dispensario prov.; stip. L. 13.500 e 4 quinquenni dec. Sei posti di medico dispensariale, per le Sezioni di Mestre, Dolo, S. Donà di Piave, Portogruaro, Cavarzere e Chioggia; stipendio L. 6000. Per tutti: titoli ed esami; nomina e conferme quiquennali; età limite 40 a. al 18 agosto. Scad. 20 nov., ore 12.

VOLTERRA. *Ospedale psichiatrico.* — Direttore: concorso per titoli; stipendio L. 25.000; aumento L. 5000 dopo 5 anni; serv. att. L. 10.000; alloggio; indennità L. 2500 per spese di riscaldam. ecc. Scad. 30 nov., ore 11. Età limite 50 a. all'1 sett. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma.

Concorsi a premi.

Fondazioni « Cirincione-Cidonio ».

Nel Congresso Oftalmologico dell'anno 1941 saranno assegnati i Premi delle Fondazioni Cirincione-Cidonio.

1) Premio Internazionale Cirincione, di lire 20.000, da conferirsi ad una memoria originale nel campo oftalmologico, compiuta durante gli anni 1939-40. Il lavoro, in lingua italiana, dattilografato in 3 copie, dev'essere inviato entro il 31 agosto 1940. Sono esclusi dal Concorso i Professori titolari e tutti coloro che abbiano oltrepassato il 45° anno d'età. Il Premio viene assegnato al primo graduato della terna, mentre al secondo ed al terzo viene assegnata una medaglia d'oro.

2) Premio Nazionale Cidonio, di lire 7.000, per la migliore memoria di oftalmologia, compiuta durante gli anni 1939 e 1940.

Per ulteriori informazioni rivolgersi al prof. Cavara, Direttore della R. Clinica Oculistica di Roma o al prof. E. Leonardi, Segretario della Società Oftalmologica Italiana, salita S. Onofrio 6, Roma.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Accademia di chirurgia di Parigi ha così costituito il suo ufficio provvisorio: presidente Hartmann; segretario generale Mondor; segretario annuo Houdard.

NOTIZIE DIVERSE

Congresso italiano delle scienze.

L'11 ottobre in Pisa, all'augusta presenza del Re e Imperatore, con l'intervento del Ministro dell'Educazione Nazionale, Bottai, che ha pronunciato l'orazione inaugurale, e di altissime personalità della cultura, della scienza e della politica, ha avuto luogo, nel R. Teatro « Verdi », l'inaugurazione del 28° Congresso della Società Italiana per il Progresso delle Scienze. Erano rappresentati il Senato del Regno, il P. N. F., la Camera dei Fasci e delle Corporazioni e l'Accademia d'Italia. Erano pure presenti i Rettori di tutte le Università del Regno, numerosi accademici d'Italia, senatori, consiglieri nazionali, presidi di Istituto ed Enti scientifici, nonchè oltre ottocento congressisti e numerosi ufficiali generali e superiori delle Forze Armate.

I lavori si sono venuti svolgendo attivissimi. Prossimamente daremo notizia di quelli che possono interessare i medici.

L'Ospedale italiano di Londra.

Il Ministero della Sanità Pubblica inglese ha invitato l'Ospedale italiano di Londra, istituito e mantenuto dai nostri connazionali colà residenti, a rimanere aperto, al fine di continuare quella « magnifica opera » che l'Ospedale italiano ha sempre svolto a beneficio dell'umanità sofferente. Il Ministero ha fatto presente che terrà nel debito conto se l'Ospedale italiano vorrà prendere cura anche dei feriti e malati di ogni nazionalità. La direzione medica e chirurgica dell'Ospedale stesso è stata assunta dal prof. Castellani, che ha sempre dimostrato un particolare interesse per la magnifica istituzione italiana e che quotidianamente si trattiene nelle corsie.

Missione scientifica in A. O. I.

Col piroscafo « California » è partito per l'A.O.I. il prof. Igino Iacono, direttore della Clinica di Malattie tropicali e sub-tropicali della R. Università di Napoli, il quale si reca nelle terre dell'Impero a capo di una missione scientifica. Il prof. Iacono sbarcherà a Massaua e proseguirà per Addis Abeba, dove lo attendono i membri della missione. La spedizione si svolgerà nei territori dei Galla e Sidamo, Gora, Lekemti e Gimma, le regioni cioè non ancora sufficientemente studiate nei riflessi di alcune malattie tropicali e nella loro frequenza e sintomatologia. La missione Iacono, che soggiornerà a lungo in quelle terre, apporterà certamente un prezioso contributo alla Medicina italiana, che già possiede al riguardo una vasta documentazione.

La stampa medica nei paesi belligeranti.

In Francia è stata ordinata la riduzione delle pagine; inoltre la « Presse Médicale » e la « Gazette des Hôpitaux » da bisettimanali sono divenute settimanali; il Siècle Médical » da bimensile è divenuto mensile; il « Paris Médical », settimanale, ha rallentato il ritmo delle pubblicazioni, mediante numeri doppi; del « Journal des Praticiens » si era annunziato che aveva sospeso le pubblicazioni perchè tutti i suoi redattori erano stati richiamati; ma ha mantenuto la sua attività: riceviamo un fascicolo del 7 ottobre.

In Inghilterra il « Lancet », il « British Medical Journal » e altri periodici hanno ridotto notevolmente il numero delle pagine, ma si pubblicano regolarmente.

In Germania non si notano differenze apprezzabili dai tempi normali.

Guerra ed ospedali.

In Germania il ministro Goering ha preso misure per la protezione che gli ospedali civili e militari debbono offrire ai loro malati e per i mezzi di protezione di questi edifici contro gli attacchi aerei. Si deve ormai, nella scelta dei luoghi in cui sorgeranno gli ospedali, considerare il fattore dei pericoli aerei. Particolarmente pericolose devono pertanto essere considerate le grandi città. La capacità totale di un ospedale civile non deve eccedere i 600 letti; quella degli ospedali militari non oltrepasserà i 540 letti. Fanno eccezione a queste misure le cliniche universitarie. Ad una grande istituzione sono preferibili parecchi piccoli stabilimenti sanitari dispersi in parecchi punti. Separazioni in una stessa istituzione rappresentano una buona protezione contro gli attacchi aerei. Il sistema di costruzione a padiglioni è preferibile a quello di enormi edifici; esso non è tuttavia l'ideale e si devono preferire servizi isolati più piccoli. Le sale operatorie devono essere particolarmente protette. Istruzioni speciali sono date ora per le nuove costruzioni ed il personale ospedaliero è al corrente di quello che deve essere il suo atteggiamento in caso di bombardamento. Tutti gli ospedali civili e militari sono ispezionati e studiati allo scopo di determinare i mezzi immediati di evacuazione. Gli ospedali in zona particolarmente pericolosa continuano a funzionare, ma essi saranno, se del caso, i primi ad essere evacuati. In alcuni ospedali devono essere previste zone di protezione in cui possa attendersi l'evacuazione.

Azioni giudiziarie.

Una sentenza della Corte di Cassazione (15 giugno 1938, Finanze c. Durii) in merito alle modalità per il ricovero in ospedali di indigeni poveri, con provvedimento del Ministero dell'Interno, stabilisce che il certificato del procuratore del Registro e quello degli esattori comunali sullo stato di indigenza di una determinata persona sono condizione necessaria, e al tempo stesso sufficiente, perchè il provvedimento di internamento da parte del Ministero dell'Interno della persona stessa in casa di ricovero possa essere legittimamente emanato; ed in tal caso le spese relative sono in tutto o in parte a carico dello Stato, quando il comune e le Istituzioni pubbliche di assistenza o beneficenza del domicilio di soccorso non siano in condizioni di provvedervi, in tutto o in parte (art. 154 del T. U. della legge di P. S. 18 giugno 1931, n. 773).

Ma ciò non impedisce, che qualora si dimostri successivamente non esistere, od essere venuta meno, la condizione che giustificava la gratuità totale o parziale della prestazione da parte dell'Ente pubblico o statale, questo possa far valere, in quella misura che nei singoli casi potrà risultare giusta, il diritto al rimborso.

Tale diritto può venire esercitato senza che sia necessaria la revoca dell'ordinanza di ricovero, prevista dall'art. 299 del regolamento di P. S.

Un indumento protettivo antigas per bambini

« La Corrispondenza » informa che il dipartimento di protezione antiaerea inglese ha adottato, dopo un lungo periodo di esperimenti, un indumento protettivo antigas per i bambini. Esso è di stoffa impermeabile e copre testa, spalle e braccia; nella parte anteriore, all'altezza della faccia del bambino, esiste una finestra di cellofane che consente, per la sua trasparenza, di vedere e di assistere in ogni momento il piccolo essere. Un leggero scheletro metallico sostiene il tessuto che, nella parte interna, è imbottito di ovatta; l'aria viene introdotta attraverso un filtro con una pera di gomma nel quantitativo occorrente e nel momento voluto. Questo indumento viene distribuito in quantità necessaria ai bisogni, affinchè le madri possano abituarsi al suo uso.

Un po' dovunque.

Il Comitato Corporativo Centrale — presenti tutti i ministri, quasi tutti i sottosegretari e molte personalità degli Enti assistenziali e di previdenza — ha approvato la creazione di un organo coordinatore nel campo dell'assistenza per malattie. Ne riferiremo nel prossimo numero.

Il III Congresso della Società Medico Chirurgica degli Abruzzi, che doveva aver luogo a Teramo nei giorni 4 e 5 ottobre e di cui demmo notizia, è stato rinviato ad epoca da destinarsi.

Si sono riaperte le Università di Breslavia, Gottinga, Erlangen, Marburgo e Königsberg (in quest'ultima, la Facoltà medica resta ancora chiusa); ciò a misura che i professori universitari sono divenuti disponibili e che le iscrizioni sono aumentate.

Nelle università tedesche il corso degli studi è stato trasformato da semestrale in trimestrale; ogni anno comprenderà 3 trimestri di studi; il primo si è iniziato col 2 ottobre e durerà fino a Natale; il secondo s'inizierà ai primi di gennaio. Malgrado la guerra, si ha intenzione di mantenere efficiente la vita universitaria, in specie per quanto riguarda le attività scientifiche più utili al potenziamento del Reich.

Un ospedale di New York ha introdotto, in una sala operatoria, un televisore, per l'insegnamento della tecnica a distanza.

Il III Congresso medico pan-arabo e il XII Congresso annuale dell'Associazione medica egiziana si terranno, insieme, a Gedda, dal 16 al 21 gennaio 1940, durante la stagione del pellegrinaggio mussulmano. Il programma reca i temi: Colera; Malaria; Dissenteria; Soggetti vari (Problemi igienici, Oftalmologia, Ginecologia, Malattie veneree); Standardizzazione dei termini tecnici in arabo. Tassa d'iscrizione: una lira egiziana. Saranno accordate facilitazioni ferroviarie e di navigazione. Chi intende presentare comunicazioni è pregato di darne notizia al più presto, insieme alle richieste eventuali di epidioscopia e cinematografia. La corrispondenza va diretta al segretario generale dell'Assoc. Med. Egiziana, prof. M. Khalil Bey, Kasr El-Ain Post Office, Cairo, Egitto.

A Torino 60 medici hanno seguito un corso di protezione antiaerea, per medici di fabbrica, organizzato dall'Ente Nazionale Prevenzione Infortuni.

Il prof. Pietro Pariset è nominato podestà di Parma, ove egli è aiuto nella R. Clinica chirurgica.

Padre Agostino Gemelli ha conseguito, il 12 settembre, il brevetto di pilota areonante.

Il Ministro dell'E. N. ha richiamato l'attenzione dei Rettori universitari sull'opportunità che i corsi di antropologia vengano maggiormente frequentati.

L'Accademia di chirurgia di Parigi, che doveva adunarsi dopo il congresso chirurgico francese di ottobre, ha anticipato la sua riunione al 20 settembre; ha deliberato: di mantenere la sede a Parigi; di riunirsi ogni 15 giorni, per discutere i problemi della chirurgia di guerra; di promuovere una Conferenza interalleata sulla chirurgia di guerra. La seduta del 20 settembre fu destinata alla neurochirurgia di guerra.

Con decreto del Presidente della Repubblica francese, si sono organizzati un « Comitato consultivo superiore d'igiene e d'epidemiologia militare » per la durata della guerra, e una « Commissione mista di profilassi contro il pericolo venereo ». Si è anche provveduto ad affidare ai Servizi di assistenza per l'infanzia i figli dei richiamati alle armi i quali siano vedovi o divorziati (qualora il padre non provveda direttamente).

Nell'Esercito inglese vengono attuate vaccinazioni antitetaniche con tossoide, praticando due iniezioni a varie settimane di distanza. Ne risulta un'immunità duratura.

A Bruxelles si è costituito un « Comitato d'assistenza alle famiglie dei mobilitati francesi », sotto l'egida di varie società belghe (« Le amicizie francesi », « Gli amici della lingua francese », il « Comitato dell'Intesa franco-belga », « L'Unità belga », « L'Idea francese all'estero » ecc.).

Con una semplice e breve cerimonia, il 12 luglio fu inaugurato, a Sciangai, un ospedale per bambini, capace di 100 letti, di cui 20 a pagamento; è perfettamente arredato.

Una relazione presentata all'Accademia di Medicina di Parigi prova come lo spopolamento della Francia sia più attivo nelle campagne anzichè nei centri urbani.

Su 27.800 medici tedeschi iscritti alle Casse (Mutue) nel 1938, 21 % erano coniugati senza prole, 50 % con 1-2 figli, 23 % con 3-4, 4 % con 5 e più. La denatalità relativa nel ceto medico è maggiore a Berlino, Monaco e Lipsia, con quote molto al disotto della media generale.

Al Gran Consiglio del Cantone di Basilea-Città è stato presentato un progetto di legge d'iniziativa popolare, recante 10.000 firme, affinchè sia vietata la « vivisezione » su « cani, gatti e altri animali ». Si preparano altre iniziative congeneri in altri cantoni. Per fronteggiare il danno che ne verrebbe alla medicina, la « Schweizerische Mediz. Wochenschr. » ha dedicato un numero monografico (in data 7 ottobre) alla cosidetta « vivisezione »: dodici studiosi, di reputazione internazionale, dimostrano la necessità delle esperienze sugli animali, per i progressi della medicina. Rubriche complementari concernono lo stesso argomento.

In Francia, con decisione del Ministero delle Poste, Telegrafi e Telefoni, presa a richiesta del

Ministero della Sanità pubblica, è stata fatta una nuova emissione di francobolli « Per salvare la razza », a benefizio della lotta antivenerea. Il francobollo ha un valore di affrancatura di 90 centesimi e comporta una sovratassa di beneficenza di 30 centesimi.

I negri al nord del fiume Ubangri (Africa equatoriale francese) hanno creato una nuova danza, ispirata alla lotta contro la malattia del sonno da parte dei bianchi. Questa danza ha avuto una larga diffusione; il risultato è che ora gl'indigeni si fanno esaminare facilmente e si sottopongono volentieri alle cure.

La U.T.E.T. ha molto contribuito alla coltura nazionale anche nel campo medico. Questa attività si deve per gran parte al direttore Carlo Verde, il quale, in riconoscimento di essa, è stato ora decorato da S. M. il Re Imperatore della medaglia d'oro e del diploma di prima classe per i benemeriti dell'educazione nazionale.

In Germania si è disposto che gl'individui colpiti da tubercolosi aperta non possano entrare nei ricoveri antiarei, e ciò onde impedire che questi vengano inquinati. Per i portatori di bacilli tifoparatifici e dissenterici si sono stabilite delle limitazioni. L'attuazione di queste norme è condizionata dal rilascio di certificati da parte dei Centri antitubercolari e degli Uffici di sanità.

Il Duce ha disposto che si provveda a spese dello Stato al ricovero nei Sanatori italiani di cinquanta maestri elementari albanesi affetti di tubercolosi. Il Ministro dell'Educazione Nazionale Albanese ha espresso al Duce tutta la commossa riconoscenza della classe magistrale albanese per la generosa solidarietà fascista verso la classe stessa.

A Milano il grandioso « Ospedale del Perdono », destinato a continuare la secolare opera di bontà della « Ca' Granda », ha aperto i suoi battenti il 10 ottobre. Il Presidente degli Istituti Ospitalieri gr. uff. Della Porta, coi membri del Consiglio e poche personalità, fra le quali il senatore Pepere, rettore dell'Università, il sovrintendente ai servizi ospedalieri prof. Ronzani e il nuovo direttore prof. Sollazzo, hanno presenziato all'ingresso del primo ammalato. Nella Cappella del Padiglione delle Suore della Beata Capitanio, che prestano volonterosa assistenza agli ammalati, venne celebrata una messa.

Un corso di perfezionamento in igiene e batteriologia avrà luogo nell'Istituto d'igiene della Regia Università di Bologna dal 1° dicembre al 31 gennaio; modalità consuete. Rivolgersi alla direzione dell'Istituto (via S. Giacomo 12) o alla segreteria dell'Università (via Zamboni 33).

Il dott. Giuseppe Gilli, che per molti anni diresse l'Ospedale civile di Trento, ha subìto l'amputazione del braccio destro, per una neoplasia contratta nell'usare i raggi X; due anni or sono egli aveva già dovuto sacrificare alcune falangi delle due mani.

Il Sottosegretario di Stato agli Esteri d'Inghilterra Butler ha dichiarato alla Camera dei Comuni che il Governo tedesco ha dato assicurazioni, a mezzo del Ministro di Svizzera a Londra, che la Germania si manterrà fedele al protocollo di Ginevra dell'anno 1925, che proibisce ai belligeranti l'uso dei gas e di mezzi batteriologici, a condizione che tale protocollo sia anche osservato dalla Gran Bretagna.

Il Ministero degli Esteri del Lussemburgo ha iniziato pratiche con la Francia e la Germania per ottenere l'assenso di creare nel Lussemburgo un grande Centro della Croce Rossa Internazionale, dove potrebbero essere spedalizzati i feriti delle nazioni belligeranti. Gli Stati Uniti finanzierebbero l'attuazione del progetto.

Si è spento improvvisamente, in età di 29 anni, a Città del Messico ove si era recato per ragioni di studio, il prof. Arnaldo Giovannola, addetto al nostro Istituto di Sanità Pubblica. Il Giovannola ha compiuto studi molto apprezzati di malariologia e di parassitologia.

Si è spento a Parigi il prof. Felix Légueu, urologo di fama internazionale; contava 72 anni.

Indice alfabetico per materie.

Amministrazione sanit. . . . . pag. 1891
Anoressia mentale e sua cura d'urgenza » 1877
Arteriosclerosi e glandole endocrine . » 1885
Bibliografia . . . . » 1881
Cervello: flusso sanguigno nell'ipertensione arter., nell'arteriosclerosi e nell'alta pressione intracran. . . . » 1877
Cuore « alleggerito » con intervento chirurgico . . . . » 1888
Diabete mellito: arteriosci. coronarica » 1885
Diabete renale e glicosuria florizinica: azione della lattoflavina e dell'ormone cortico-surrenale . . . . » 1885
Diabetici normotesi e ipertesi: funzione renale . . . . » 1885
Elettrocardiografia di lesioni atriali . » 1885
Favo-antrace: cura antica efficace . . . » 1875
Femori: deformità post-rachitiche gravi: trattam. chirurg . . . . » 1867
Gas liberi nel sangue e nei tessuti: formazione per rapida decompressione . . . . pag. 1888
Insulina precipitata dall'allume: studio clinico . . . . » 1886
Ipertonia piramidale: trattam. con l'ematoporfirina . . . . » 1878
Ipoparatiroidismo: trattam. . . . . . » 1887
Metrorragie ginecologiche e puerperali: cura con follicolina . . . . . . » 1887
Morbo di Basedow: azione dell'adrenalina e prognosi operatoria . . . . . » 1886
Obesità neuro-ipofisaria . . . . » 1886
Reazione di Casoni: possibilità di viraggio dopo intradermoreazioni ripetute . . . . » 1859
Schizofrenia: cura secondo Sakel . . . » 1879
Vaccinazione antitifico-paratifica per via orale . . . . » 1887

C. Frugoni, Red. capo. A. Pozzi, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 30 Ottobre 1939 - XVII Num. 44

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) Alla sola sezione pratica (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) Alle due sezioni (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) Alla sola sezione medica (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) Alle due sezioni (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) Alla sola sezione chirurgica (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) Alle tre sezioni (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della Sezione Medica o della Chirurgica L 6; della Pratica L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: V. Lanza e E. Di Fulio: Sulla sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici.
Osservazioni cliniche: E. Rizzatti: Chordotomia posterior medialis nella paraplegia spastica tipo Little.
Sunti e rassegne: Organi digerenti: Arthur Hurst: Cancro dell'apparato digerente. Sua patogenesi e profilassi. — H. Bochncke: Riconoscimento e cura del pilorospasmo. — A. Ochsner, M. de Battey e I. Rothschild: La colostomia « defunzionalizzante » secondo Devine. Una preparazione razionale alla resezione di lesioni dell'intestino crasso. — M. Krabbel: Problemi dell'appendicite. — J. Mission: Il trattamento delle emorroidi e delle loro complicazioni. — Pronto soccorso: O. Nordmann: Trattamento delle ferite. — R. de Gaulejac: Lesioni e disturbi organici da paracadute.
Cenni bibliografici.
Accademie, Società Mediche, Congressi: R. Accademia Medica di Genova.
Appunti per il medico pratico: Casistica e terapia: La localizzazione delle lesioni intracraniche. — La forma cerebrale della malattia di Buerger. — Ipertensione intracranica da tumore cerebrale. — Sindrome emicranica emiparetica alternante. — Granulomatosi maligna con localizzazioni vertebrali non riconosciute per lungo tempo. — Contributo alla terapia medica delle algie. — Iniezioni spinali sotto aracnoidee di alcool assoluto per la cura del dolore. — Il trattamento delle algie degli amputati. — Il trattamento della corea. — L'insonnia del lattante. — La diagnosi e la cura della miastenia grave. — Uso dell'idroclorato di guanidina nella cura della miastenia grave. — Miopatia cronica tossica guarita colla tiroidectomia. — Laboratorio: Influenza degli anticoagulanti sul dosaggio degli elementi del sangue. — Medicina scientifica: Come agiscono i fermenti lattici. — Varia. — Formulario: Per la cura sclerosante delle varici.
Nella vita professionale: Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

Clinica delle Malattie Infettive
della R. Università di Roma
diretta dal Prof. G. Caronia.

Sulla sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici.

Nota dei Dott. V. Lanza ed E. Di Fulio
assistenti.

La sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici è problema che ha sempre occupato e preoccupato la mente dei ricercatori per la sua importanza profilattica e diciamo anche ospedaliera.

Dal punto di vista profilattico, si sa come i portatori siano il più importante mezzo di diffusione della malattia.

Dal punto di vista ospedaliero, chi ha vissuto a lungo nei reparti difterici sa bene quanto a volte sia difficile liberarsi da difterici, che, guariti dalla malattia, continuano ad ospitare nel loro faringe bacilli di Loeffler resistenti a tutti i mezzi antibatterici specifici ed aspecifici.

Tra i mezzi specifici è stato tentato l'uso prolungato del siero antitossico per via enterale e localmente, ma con risultato incostante. Ugualmente di efficacia incostante si è dimostrato l'impiego locale di sieri antibatterici.

Tra i mezzi aspecifici parimenti si sono dimostrati di dubbia efficacia sia quelli biologici (inalazione di culture di stafilococco aureo, di pneumobacilli, piocianosi, ecc.), sia i chimici (jodo, mercurocromo, glicerina, liquido di Dakin, fenolo, arsenobenzolo, formolo, pioctanina, succo di limone, ecc.), sia i fisici e meccanici (irradiazioni Roentgen, raggi ultravioletti, onde corte, tonsillectomia, ecc.).

In questi soggetti portatori, che indubbiamente dispongono di una immunità antitossica conferita dalla malattia e dal siero specifico, evidentemente manca l'immunità antibatterica locale ed i bacilli, più o meno virulenti, continuano a germogliare sulla loro mucosa rino-faringea.

Durante lo scorso anno, partendo da questo concetto, per consiglio del nostro maestro, ab-

biamo tentato un nuovo procedimento, strettamente specifico, che a giudicare dai risultati finora ottenuti si dimostrerebbe abbastanza efficace.

Il procedimento consiste nel provocare una immunità locale, mediante ripetute istillazioni di anatossina difterica sulla mucosa nasale e faringea, rinforzando o meno l'immunità generale con contemporanee iniezioni ipodermiche della stessa anatossina.

All'uopo nei convalescenti di difterite che presentavano ancora bacilli difterici in gola o nel naso dopo 7-8 giorni dalla guarigione clinica, si praticavano giornalmente istillazioni nasali e pennellature faringee di anatossina pura. Ogni 5-6 giorni veniva praticata la ricerca culturale del bacillo difterico e si continuava il trattamento se questa riusciva positiva.

In un gruppo di casi il trattamento veniva limitato a queste applicazioni locali. In altro gruppo si praticavano nello stesso tempo iniezioni a dose crescente di anatossina (cc. 0,5-1-1,5-2) con intervalli di 6-12 giorni.

Riportiamo brevemente i risultati:

1° *gruppo*. — Sono in esso compresi 57 casi, di cui 28 convalescenti di difterite faringea, o rino-faringea, o laringo-faringea; 14 convalescenti di difterite laringea o rino-laringea; 1 convalescente di difterite oculare; 4 portatori sani.

Di questi, 11 avevano persistenza di bacilli sulla mucosa nasale, 35 sulla mucosa faringea, 10 sulla mucosa nasale e faringea, 1 sulla mucosa congiuntivale.

Si ebbe la sterilizzazione completa e persistente:

in	13	casi	dopo	3-4	giorni di	trattamento
»	16	»	»	5-6	» »	»
»	14	»	»	7-8	» »	»
»	4	»	»	9-10	» »	»
»	8	»	»	11-12	» »	»
»	1	»	»	13	» »	»
»	1	»	»	17	» »	»

Come si vede la sterilizzazione si ottenne in quasi tutti i casi tra 6 e 12 giorni, con un massimo entro i primi 8 giorni; eccezionale la resistenza al di là dei 12 giorni (1 caso in 13ª, 1 caso in 17ª giornata).

2° *gruppo*. — Sono in esso compresi 27 casi: di cui: 10 convalescenti di difterite faringea o laringo-faringea; 6 di difterite laringea o rinolaringea; 5 di difterite nasale; 1 di difterite oculare e nasale; 5 portatori sani.

Di questi 17 presentavano persistenza dei bacilli sulla mucosa faringea, 4 sulla mucosa nasale, 6 sulle mucose nasale e faringea.

Si ebbe la sterilizzazione completa e persistente:

in	3	casi	dopo	5	giorni di	trattamento
»	2	»	»	7-8	» »	»
»	4	»	»	9-10	» »	»
»	2	»	»	11-12	» »	»
»	4	»	»	13	» »	»

» 12 al di là della 13ª giornata (rispettivamente in 14ª, 15ª, 16ª, 19ª, 20ª, 22ª, 23ª, 24ª, 25ª, 26ª, 32ª, 34ª giornata).

Si tratta in questo gruppo di portatori più resistenti, perchè, pur avendo ottenuto la sterilizzazione nel maggior numero dei casi entro i primi 12-13 giorni (15 su 27 casi); un numero considerevole richiesero un tempo maggiore (da 14 a 26 giorni in 11 casi), che arrivò in qualche caso a 32-34 giorni.

Dall'insieme dei risultati possiamo però dedurre che il trattamento con anatossina difterica, sia per applicazioni locali, sia contemporaneamente per applicazioni locali e per via ipodermica, abbrevia notevolmente la persistenza dei bacilli difterici nei portatori convalescenti o sani.

La sterilizzazione nella maggior parte dei casi avviene rapidamente, tra 5-13 giorni di trattamento (in 70 casi su 84 cioè nell'83,50 %); in un numero assai minore di casi avviene con minore rapidità, tra 14 e 25 giorni ed eccezionalmente al di là (in 14 casi su 84 cioè nel 16,50 %).

Forse perfezionando la tecnica con una più assidua e accurata applicazione locale e con l'intensificazione del trattamento generale si potrà ancora ridurre in termini più brevi la persistenza dei bacilli sulle mucose.

Concludendo, ci sembra ad ogni modo di poter affermare, in base a questi primi risultati, che il metodo si dimostra di più costante efficacia rispetto agli altri finora saggiati e che meriti di essere tenuto in conto per una sistematica applicazione, data la sua semplicità ed innocuità.

RIASSUNTO.

Gli AA. tentano la sterilizzazione dei portatori di bacilli difterici mediante applicazioni sulle mucose interessate di anatossina difterica e, nei casi più resistenti, anche iniezioni ipodermiche, a dosi crescenti della stessa anatossina.

Ottengono una più o meno rapida scomparsa dei bacilli, che avviene nella maggior parte dei casi (nell'83,50 %) tra 5-13 giorni, in un numero assai minore di casi (nel 16,50 %) tra 14-34 giorni.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE NEUROPSICHIATRICO PROVINCIALE DI RACCONIGI - CUNEO
REPARTO NEUROLOGICO E NEUROCHIRURGICO

Chordotomia posterior medialis nella paraplegia spastica tipo Little.(*)

Dott. EMILIO RIZZATTI, direttore.

L'argomento delle cordotomie è caro a questo ospedale che per primo in Italia ebbe ad occuparsi della cordotomia laterale posteriore nella cura delle ipertonie extrapiramidali postencefalitiche, con risultati degni di nota sino da allora (*Schizofrenie*, vol. V, anno VI, 1936, pag. 117) nei primi tre casi operati, risultati confermati dai tre successivi malati trattati, in particolare brillanti per la vittoria ottenuta su la rigidità degli arti inferiori e su la deambulazione a piccolissimi passi dei post-encefalitici. L'operazione dettata da L. Puusepp meriterebbe un più largo impiego, data anche la semplicità e la non pericolosità, se eseguita monolateralmente.

Pertanto l'idea di operare di cordotomia posteriore mediale le paraplegie spastiche inferiori tipo Little, originale di Antonucci, mi è subito parsa di grande interesse e non tardai ad attuarla in un caso clinico del tutto dimostrativo.

La storia di questo genere di direttiva neurochirurgica non è troppo ricca e quindi facilmente riassunta: Tietze nel 1907 tentò la rizotomia posteriore nella cura delle paralisi spastiche e successivamente Van Gehuchten e Codovilla, nonchè Kuleke modificarono l'intervento sezionando i filuzzi radicolari in immediata vicinanza del midollo e sezionando in modo extradurale le radici, pensando questi AA. di ridurre così gli stimoli tonigeni periferici.

Le operazioni di iponeurotizzazione di Stoffel sono rivolte al sistema nervoso periferico e non hanno incontrato grandi successi.

La cordotomia laterale, eseguita sull'uomo da Putnam (1932), oltre essere molto discutibile nei suoi effetti sull'ipertonia, anche dal punto di vista teorico, non parve destinata ad essere più che un ricordo storico, e poi non si tratta già più di un intervento molto semplice.

La cordotomia posteriore mediale pensata da Antonucci (Il *Policlinico*, Sez. pratica, n. 39, sett. 1938) è viceversa un'operazione di tecnica rapida e anatomicamente molto precisa, teoricamente impostata su un criterio netto, di scarsissima o nulla pericolosità, per cui doveva incontrare il favore degli studiosi dell'argomento del trattamento neurochirurgico delle ipertonie.

Il presupposto teorico di Antonucci è questo: la degenerazione dei cordoni posteriori determina nei tabetici la ipotonia muscolare. La sezione deve, per combattere la paraplegia spastica inferiore, cadere sui fasci di Goll ed essere bilaterale; recidere principalmente le fibre lunghe sacrali e le fibre lombari basse. Perciò Antonucci eseguisce la cordotomia posteriore mediale all'altezza delle ultime vertebre dorsali.

Antonucci ricorda nel suo lavoro che E. Müller parla nel trattato di medicina di Möhr e Stahelin della eventualità della sezione dei cordoni di Goll nel midollo cervicale inferiore per la cura della pseudoparalisi spastica inferiore; molto più opportunamente Antonucci ha ideato l'intervento sulla zona dorsale inferiore, dove i pericoli dell'operazione sono ridottissimi.

Inoltre la cordotomia posteriore, eseguita a livello così basso, è possibile bilateralizzare, cosa se non impossibile, certo pericolosissima a livelli più alti del midollo.

Il malato operato da Antonucci aveva 25 anni ed era affetto da una paraparesi spastica inferiore tipo Little e il risultato su la grave ipertonia è stato notevolissimo. Giustamente Antonucci asserisce che la cordotomia posteriore mediale può con vantaggio precedere in questi malati qualunque altro intervento di indole ortopedica.

L'avvenire di questi disgraziati malati si deve ammettere un poco illuminato da questa serie di interventi su i fasci posteriori del midollo, e in modo speciale dall'operazione di Antonucci, che si presenta la più semplice ed efficace nei casi in cui trova la naturale indicazione.

Fra questi casi merita di essere elencato e descritto il primo dei nostri operati:

Si tratta di un malato di 32 anni, che sin dalla più tenera età sofferse di convulsioni, divenute più gravi e grossolane nella pubertà. Il carattere

(*) Nella *Riv. sper. di Freniatria* del 1934, come comunicazione al XX Congresso della Soc. Ital. di Psichiatria, compare un notevole contributo di Ayala alla cura chirurgica della paraplegia in flessione; nel secondo caso descritto l'A. ha praticato contro una paraplegia in flessione una rizotomia anteriore; che interessava le radici sacrali e dorsali destre. Ebbe qualche vantaggio su le contrazioni muscolari da cui era disturbata la malata. Questo contributo di Ayala alla cura chirurgica delle paraplegie in flessione non mi pare destinato ad uscire dal terreno sperimentale.

alterato e le turbe allucinatorie postaccessuali hanno costretto il soggetto alla vita manicomiale dal novembre 1923. Sin dai primi anni di vita il malato non potè camminare regolarmente, ma solo nel 1929 risulta come un classico paraparetico spastico inferiore costretto alla permanente posizione orizzontale, sempre degente. Quindi al momento dell'operazione il malato era in rigidità degli arti inferiori da 10 anni.

Purtroppo esso è ridotto ad una diminuzione mentale così notevole che non son più possibili gli esami della sensibilità, i quali sarebbero stati molto interessanti; per quanto già studiati da Antonucci nel suo caso clinico.

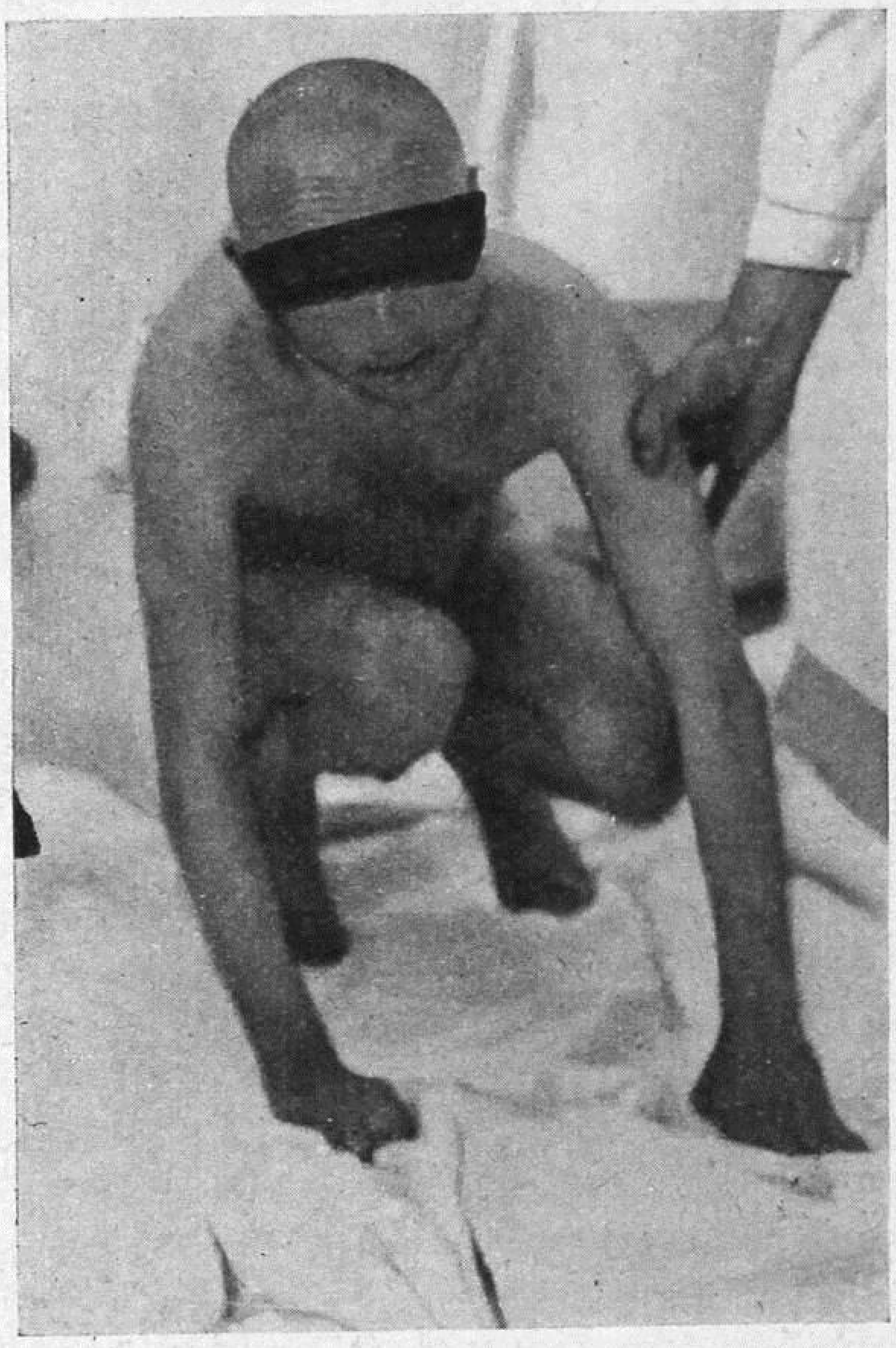


FIG. 1.

Nell'anamnesi personale non esiste altro di notevole che una serie di piccoli attacchi tubercolari con emottisi multiple, di cui uno, ultimo, più rispettabile, nel 1930.

Pare abbastanza chiaro che si sia dinnanzi a un morbo di Little, nel senso che tale vecchia classificazione indicava: lo confermano la frenastenia e la epilessia, se non bastasse la paraparesi spastica inferiore.

Ho scelto questo caso, piuttosto che altri, per la gran volontà che animava il poveretto di camminare. Esso difatti era solito ad alzarsi dal letto di nascosto e quindi camminare su gli arti inferiori tutti flessi su le loro sezioni, come fan spesso le scimmie. Mai più aveva potuto erigersi, neppure da fermo, sul tronco interamente.

Le fotografie qui sotto riportate dicono meglio di qualunque descrizione quali fossero le possibilità statiche e dinamiche di estensione di questo paraparetico.

La sola questione non chiara del caso che presento è quella relativa al fatto che il soggetto era affetto da una forma paraplegica inferiore non estensiva, come dovrebbe comportare il morbo di tipo Little, ma viceversa in flessione.

La questione delle paraplegie in flessione da lesioni cerebrali è delle più delicate e difficile della neurologia anche attuale. Tuttavia non è impossibile pensare che si siano aggiunte nel caso da me descritto (mt. 12540) alle lesioni corticali vaste littliane o meningoencefalitiche delle lesioni mesencefaliche e pontine, a queste ultime essendo imputabile la forma paraplegica così prevalentemente flessoria. Mi rivolgo, a giustificazione di tale tesi, ad un contributo a queste paraplegie del

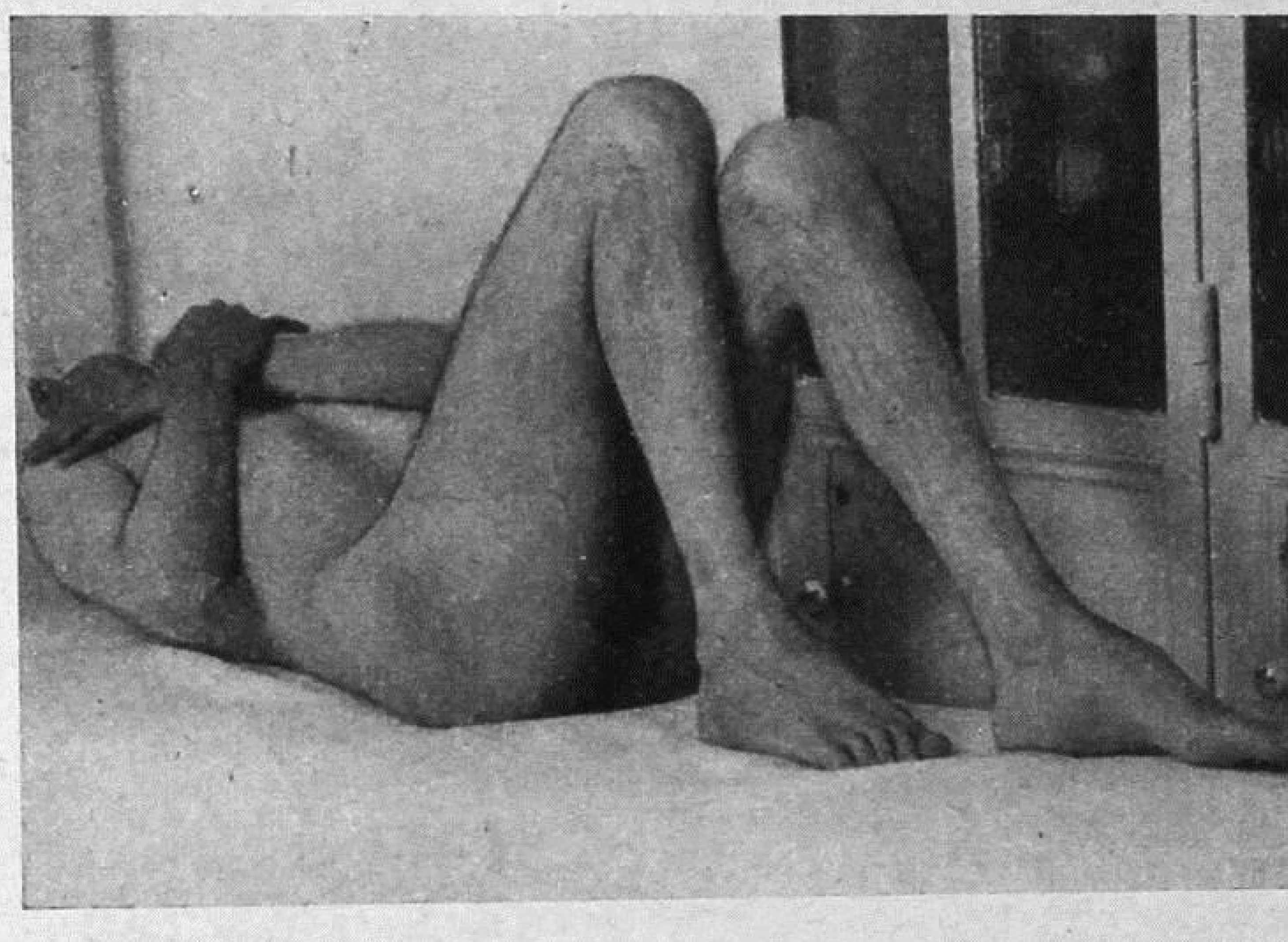


FIG. 2.

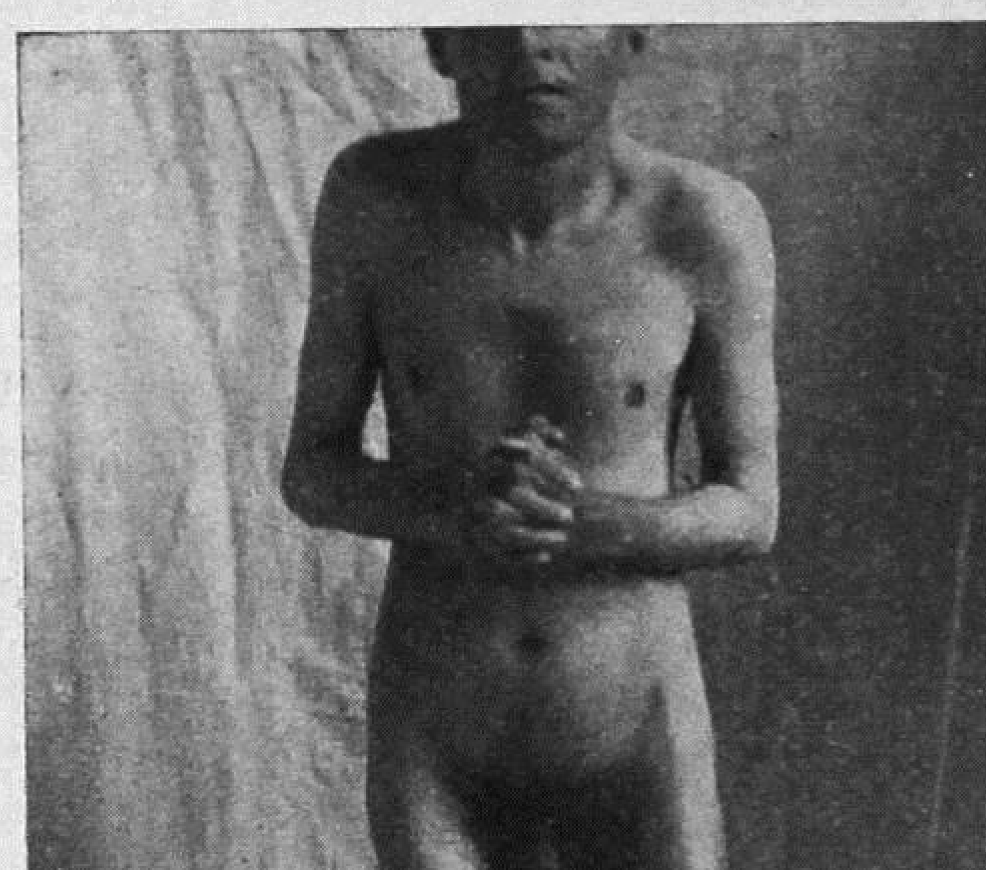


FIG. 3.

dott. Mario Pannacchietti (*Neopsichiatria*, vol. III, fasc. 3, 1937), al quale rimando che volesse approfondire questa questione così complessa, che qui io posso non più che sfiorare.

Comunque, il 3 maggio scorso, il soggetto viene operato in anestesia locale tutocainica, e secondo i precisi dettami di Antonucci. Taglio mediale dorsale della lunghezza di 25 cent. circa. Apofisectomia della X, XI, XII vertebra dorsale, laminectomia della X e XI dorsale. Apertura della dura e constatazione di grossolana aracnoidite con alcune placchette calcificate, che prediligono la uscita delle radici posteriori. Aperto il sacco aracnoideo, si localizza la vena mediana posteriore e si pratica così la sezione del fascio di Goll, secondo Antonucci, a 4 mm. di profondità, a sinistra circa 5 cm. più in alto che a destra. Chiusura ermetica della dura; ricostruzione dei piani muscolari, sottocute, cute... La stato generale del malato dopo l'intervento è ottimo; la sofferenza è stata modestissima; il decorso post-operatorio per nulla turbato e con una piressia massima di 38, dopo 24 h.; tanto che in decima giornata il malato si poteva già dire perfettamente guarito.

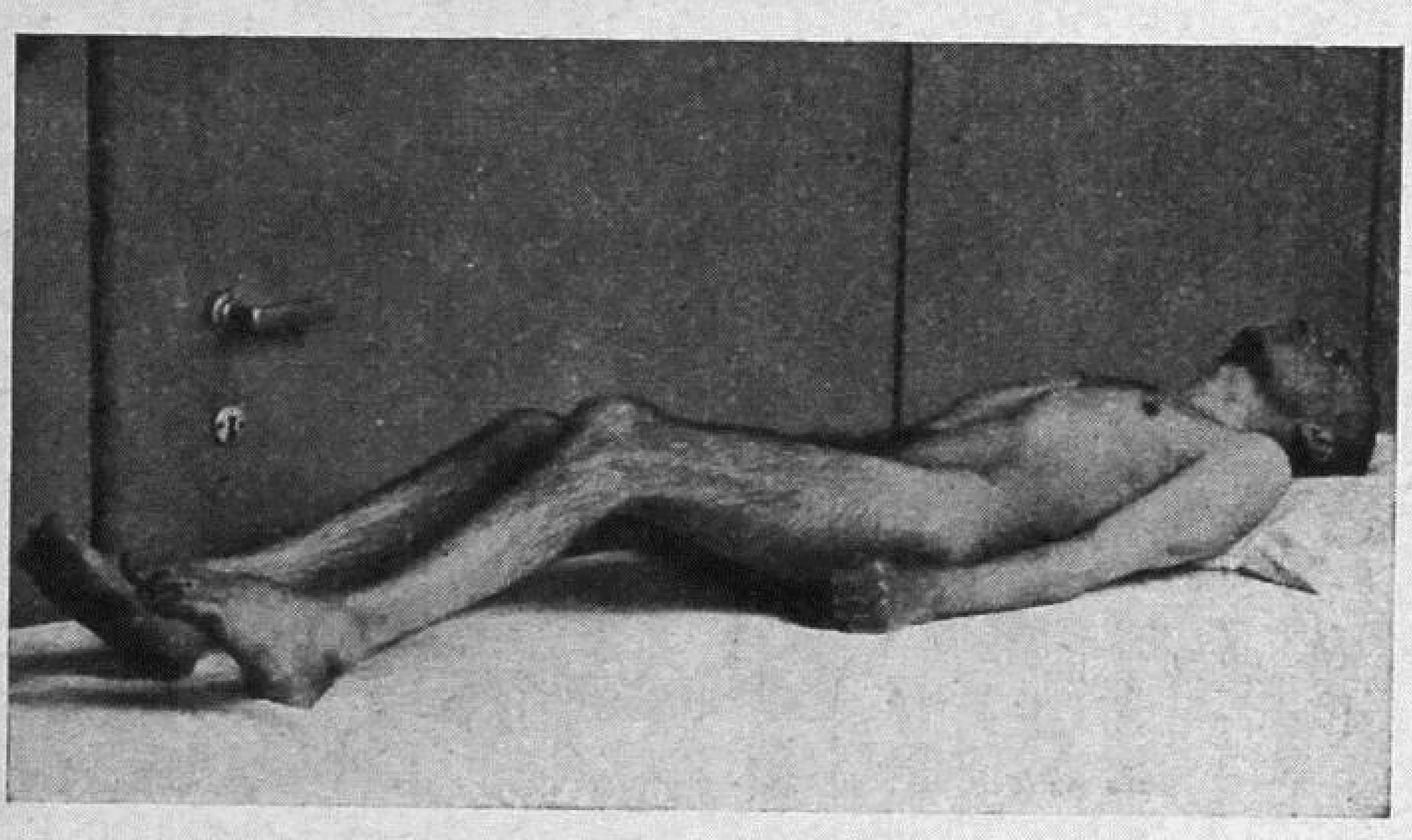


FIG. 4.

I vantaggi dell'intervento, con la completa distensione degli arti inferiori, con la possibilità della deambulazione (a parte le non gravi lesioni articolari) e quindi la risoluzione della ipertonia muscolare paraplegica hanno iniziato a verificarsi in quarta giornata e hanno poi lentamente preso netta consistenza, tali rimanendo ancora oggi ad un mese di distanza dall'operazione.

Le fotografie che riporto sono le testimonianze migliori della efficacia della cordotomia posteriore mediale secondo Antonucci su certe ipertonie di origine cerebrale.

Avendo già operato un secondo caso, sono nella speranza di poter fra qualche tempo portare un contributo, consolidativo di questo primo, alla questione delle cordotomie posteriori, quali risolutrici dell'ipertono muscolare piramidale o extrapiramidale, studiando un eventuale parallelismo fra i due interventi di Puusepp e di Antonucci.

RIASSUNTO.

L'A. descrive i risultati favorevolissimi ottenuti in un caso di paraplegia in flessione colla resezione bilaterale del fascio di Göll lombare, usando della tecnica operatoria ideata da Antonucci.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI DIGERENTI.

Cancro dell'apparato digerente.

Sua patogenesi e profilassi.

(Sir ARTHUR HURST. *The Lancet*, 11 e 18 marzo 1939).

Il cancro dello stomaco non ammette che una terapia chirurgica con una media di sopravvivenza di 5 anni, per cui l'unico elemento capace di abbassare la mortalità è dato dalla profilassi. Allo sviluppo del cancro dello stomaco concorrono un fattore intrinseco, dato dalla suscettibilità costituzionale individuale ad ammalare di cancro in genere e da una inferiorità organica costituzionale ed ereditaria dello stomaco in specie, e un fattore estrinseco rappresentato dalle irritazioni croniche. Queste possono essere di natura meccanica (masticazione affrettata o ridotta o superficie masticatoria insufficiente), chimica (alcool, thè, caffè, spezie, aspirina, bromuri, joduri, chinino) infettiva (materiale infetto di provenienza dentaria, tonsillare o simile). In quanto al *sesso* non vi sarebbero differenze fra quello maschile e quello femminile se quest'ultimo non fosse colpito in età più giovanile del cancro della mammella e dell'utero. *L'età* più colpita è fra i 55 e 65 anni.

La differente frequenza del cancro dello stomaco *nelle varie classi sociali* con una percentuale maggiore nelle classi povere, va attribuita a deficiente igiene alimentare, alla più frequente sepsi orale e alla mancanza di denti.

I casi di cancro dello stomaco con acloridrìa indicano il suo impianto su una gastrite acloridrica. Infatti la gastrite altera la funzionalità delle cellule secretrici per cui individui con ipocloridrìa costituzionale più facilmente divengono acloridrici, mentre i casi con acido cloridrico libero indicano una derivazione del cancro dall'ulcera. È noto infatti che individui con diatesi ulcerosa, spesso associata ad ipercloridrìa, sono più soggetti alle ulceri croniche. Ecco quindi che l'iper- o - l'acloridrìa nella gastrite non dipendono dalla durata del processo infiammatorio, nè dalla sua localizzazione o dalle sue caratteristiche

gastroscopiche, ma dal tipo costituzionale del paziente, poichè lesioni identiche possono associarsi ad alta acidità o ad aclorìdrìa in individui che mostrino rispettivamente una iper- o ipocloridrìa costituzionale. La acloridrìa si riscontra nel 65 % dei casi di cancro dello stomaco, ma non vi è rapporto fra il grado di sviluppo del cancro e la acloridrìa. Si può trovare acido cloridrico libero in casi inoperabili e acloridrìa in cancri piccolissimi, asportabili. In base agli studi eseguiti alla Mayo Clinic, l'A. ha dimostrato che la acloridrìa è dovuta alla gastrite cronica preesistente al cancro. Quest'ultimo è dovuto alla metaplasìa della mucosa infiammata. È stato infatti dimostrato dagli studi di Konjetzny che nei preparati microscopici allestiti da biopsìe di carcinomatosi è costante la gastrite di solito in forma atrofica-iperplastica, di rado puramente atrofica o talmente ipertrofica da dar luogo ad una poliposi. L'iniziale metaplasìa maligna fu in alcuni casi riscontrata solo microscopicamente, talora in più punti indipendenti dello stesso preparato. Poichè si danno casi di cancro nei quali è recentissima la storia delle sofferenze gastriche verrebbe fatto di ritenere il cancro come primitivo, ma oggi si sa che la gastrite cronica, specie se unita ad acloridrìa, è spesso del tutto silente. Tuttavia un esame accurato rivela che per molti anni questi pazienti furono « deboli di stomaco » e dovettero evitare l'alcool, il fumo, ecc.

L'associazione del cancro dello stomaco con la anemia perniciosa è stata riscontrata dall'A. in sei casi ed altri ne cita la letteratura. Così pure si è veduto *l'associazione di queste due malattie con una tendenza familiare e costituzionale alla achilia gastrica.*

In quanto alla *localizzazione* il cancro dello stomaco è più frequente nella regione pilorica e non coinvolge mai il bulbo duodenale. Vi deve quindi essere un fattore addizionale intrinseco che facilita lo sviluppo del cancro nel piloro e questo fattore è forse il maggiore attrito cui va soggetta la mucosa della regione pilorica. Ciò è dimostrato chiaramente dalla osservazione radioscopica dei movimenti gastrici.

Per quel che riguarda la *profilassi* del cancro dello stomaco, poichè si ignora il modo di svelare la suscettibilità costituzionale al suo sviluppo, si deve pensare di ostacolare l'istituirsi della gastrite cronica e dell'ulcera cronica o, per lo meno, di curare queste malattie al più presto possibile. La profilassi della gastrite e dell'ulcera consiste nell'evitare i varii fattori irritanti sopra elencati. Ottima cosa, pure, sarebbe una maggiore cura della dentatura nelle classi povere. È vero che, sviluppandosi il cancro dello stomaco in individui costituzionalmente predisposti al cancro, si potrebbe obbiettare che, prevenendo in questi l'insorgenza del cancro dello stomaco, altri organi potrebbero venir colpiti; ma gli altri organi possono non presentare quella inferiorità organica necessaria allo sviluppo di un cancro e possono essere esenti da ogni irritazione cronica.

Per il *cancro dell'esofago* l'A. distingue i casi nei quali è coinvolta la porzione superiore vicino allo sfintere faringo-esofageo e i casi a localizzazione più bassa. I primi sono quasi esclusivi del sesso femminile e ciò è forse dovuto alla degenerazione maligna della mucosa faringea e linguale atrofica quale si riscontra nella sindrome di Plummer-Vinson. Questa colpisce esclusivamente le donne dai 30 ai 50 anni: si manifesta con disfagia e anemia cui può tener dietro lo sviluppo di un carcinoma della porzione superiore dell'esofago. Il cancro della rimanente porzione esofagea si riscontra con maggiore frequenza verso il fondo ed in corrispondenza della biforcazione tracheale ove il cibo è più soggetto a ristagno.

Questo cancro è raro nelle donne per un diverso comportamento di fronte ai fattori estrinseci i più importanti dei quali sono il tabacco e l'alcool, aventi una azione molto più rilevante sulla mucosa esofagea quasi sempre vuota, che non su quella gastrica ove, oltre che dal cibo, vengono diluiti dal sacco gastrico.

Nella acalasìa del cardias il cibo che ristagna commisto a saliva nell'esofago dilatato va facilmente incontro a processi fermentativi e putrefattivi i cui prodotti irritanti provocano una esofagite e talora anche ulcerazioni mucose superficiali. Queste ulceri possono guarire e dar luogo ad una iperplasia epiteliale con produzione di leucoplachia e di piccoli noduli dai quali può svilupparsi un cancro.

Riguardo alla *profilassi del cancro dell'esofago* l'A. addita come molto efficace nella sindrome di Plummer il trattamento marziale. In dosi elevate il ferro può da solo far sparire la glossite e la faringite, poichè le alterazioni trofiche della mucosa linguale e faringea sono dovute a carenza di ferro. In questi casi la diagnosi precoce rappresenta uno dei più tipici esempi di profilassi. Vanno pure evitati l'abuso di alcool e l'abuso del fumo come agenti provocatori della esofagite cronica.

Per il *cancro del colon* non vi sono differenze di sesso, di paesi o di classi sociali: Quindi, a differenza di quello esofageo e gastrico, la sua insorgenza dipende solo da cause intrinseche, il che non meraviglia, visto che le irritazioni che conducono ai disordini precancerosi dell'esofago e dello stomaco, cessano di agire una volta superato lo sfintere ileo-cecale.

La differente *localizzazione del cancro del colon* è forse dovuta alle diverse funzioni dei singoli tratti, più o meno soggetti alla irrita-

zione cronica dovuta al contatto di materiale fecale solido e di prodotti della attività batterica. Ecco perchè sono più colpiti il cieco, il colon ascendente, l'angolo splenico e la flessura pelvi-rettale. Il retto è meno frequentemente colpito, tranne in casi di dischezìa che sembra predisporre al cancro della ampolla.

Condizioni precancerose del colon — Il cancro del colon, retto compreso, è di solito dovuto alla metaplasia maligna di un *adenoma*. Questo può essere unico o multiplo e talora tutto il colon può essere coperto di polipi, per cui si parla di poliposi o adenomatosi del colon. L'origine adenomatosa è stata in più casi dimostrata col riscontro in alcune parti del tratto colpito dal tumore, di semplice tessuto adenomatoso. Dopo la rimozione di un adenoma altri possono formarsene e da qualunque di essi può svilupparsi un cancro. La frequenza dei polipi multipli nel colon spiega perchè ivi più che in qualsiasi altro organo si possano sviluppare simultaneamente o successivamente due o più cancri.

I rari *papillomi viliosi del retto* più che gli adenomi vanno soggetti a metaplasìa maligna.

Il cancro del colon può pure rappresentare la complicanza della poliposi che spesso consegue alla guarigione di *coliti ulcerose croniche*.

La maggior parte di questi polipi constano di un tessuto infiammato e di un tessuto di granulazione ricoperto da mucosa; ma una piccola parte consta di veri adenomi che possono subire una degenerazione maligna.

Su 30 casi di *megacolon* osservati dall'A. uno diede sviluppo ad un cancro della porzione di colon dilatata.

Non sembra dalle statistiche consultate dall'A. che la *diverticolite* predisponga al cancro del colon.

La *profilassi del cancro del colon* consiste nella diagnosi e nell'asportazione dei polipi. Purtroppo da molti si ignora la frequenza con cui un polipo provoca lo stillicidio di sangue rosso-vivo dal retto. E ciò specialmente nei bambini e nei giovani. In ogni età prima di attribuire alle emorroidi la causa di detto stillicidio occorrerebbe eseguire un esame proctoscopico e digitale. In caso di poliposi bisogna ricorrere alla colectomìa precoce abboccando l'ileo quanto più possibile vicino alla flessura pelvi-rettale. Allora è dato distruggere gradatamente tutti i polipi del retto e della porzione residua del colon pelvico col diatermocauterio e con l'aiuto di un proctoscopio o di un sigmoidoscopio. Eguale trattamento va usato nella poliposi conseguente ad una colite ulcerosa. Dato poi che l'irritazione cronica del colon predispone allo sviluppo del cancro, occorre ricordare che la semplice costipazione ne provoca una molto inferiore ai consueti purganti usati per vincerla. La rieducazione del normale riflesso di defecazione, una dieta opportuna, e, se necessario, l'uso di una mucillagine non irritante o di olio di paraffina, sono i rimedi più consigliabili in simili casi. F. CONESTABILE.

Riconoscimento e cura del pilorospasmo.

(H. BOEHNCKE. *Mediz. Welt*, 19 agosto 1939).

L'A. rileva che il sintomo più caratteristico del pilorospasmo, il vomito, si distingue dalle altre forme per il suo carattere spastico: vomito violento, a getto di fontana, subito dopo il pasto. Questi caratteri lo distinguono dal vomito neuropatico che può creare difficoltà diagnostico-differenziali. Un sintomo molto importante del pilorospasmo è la pseudo-stitichezza: questa dimostra che esiste una stenosi permanente che impedisce il passaggio nel tenue. Le feci sono in questi casi di colore scuro e consistono in secreti intestinali più che in resti alimentari. Per chiarire la etiologia della malattia si deve tener conto del fatto che la malattia non si inizia subito dopo la nascita ma 3-4 settimane più tardi; che dopo la guarigione persiste all'esame radiologico un disturbo di passaggio in forma di svuotamento gastrico rallentato con peristalsi rinforzata; e che disturbi funzionali della digestione sono molto frequenti nelle famiglie dei bambini affetti da pilorospasmo. Evidentemente esistono fatti anatomici che però diventano manifesti solo se subentrano anche dei fattori funzionali. Due concezioni diverse spiegano la etiologia del pilorospasmo: secondo la prima, si tratterebbe di una ipertrofia muscolare congenita con sviluppo secondario di spasmi su terreno ereditariamente predisposto e costituzionalmente neurotico, la seconda teoria considera invece primitiva una eccitabilità riflessa congenita dello sfintere pilorico, che esagererebbe patologicamente la disposizione al vomito propria del lattante e provocherebbe una ipertrofia da lavoro compensatoria della muscolatura dell'antro.

La cura del pilorospasmo è medica o chirurgica. Quest'ultima va adottata mentre il lattante si trova ancora in discrete condizioni: non si dovrà quindi prolungare la cura medica oltre una settimana se essa si rivela insufficiente ad impedire la diminuzione del peso. La cura medica è alimentare e medicamentosa. La prima consiste nel somministrare, in pasti piccoli e frequenti, miscele ad alto valore calorico (latte umano condensato o addizionato a idrati di carbonio, latte vaccino intero acidificato e zuccherato, pappe dense che aumentano la peristole). La cura medicamentosa consiste nelle somministrazione di antispastici (atropina, eumidrina) e di narcotici attivi sul centro del vomito (adalina, nautisan, e soprattutto somnifen 5 volte 2 goccie). La cura chirurgica consiste nella sezione della musco-

latura pilorica ipertrofica fino a rendere visibile la mucosa. Prima dell'intervento è consigliabile una trasfusione di sangue per eviture successive emorragie dalla muscolatura sezionata. Ad ogni modo è necessaria una infusione di liquido di Ringer, perchè il lattante tolleri bene il digiuno post-operatorio: dopo un digiuno di 2-6 ore si darà a cucchiaini del thè o latte umano scremato. P.

La colostomia "defunzionalizzante„ secondo Devine. Una preparazione razionale alla resezione di lesioni dell'intestino crasso.

(A. OCHSNER, M. DE BATTEY e I. ROTHSCHILD. *The Journ. of the Americ. Medic. Associat.*, 12 agosto 1939).

La morte che segue la resezione gastrointestinale è dovuta principalmente alla peritonite e, per la presenza di maggior numero di microrganismi, questa mortalità è maggiore per l'intestino che per lo stomaco. Secondo la statistica del Shambaugh la peritonite per resezione gastrica si ha nel 15,3 %, per resezione intestinale nel 33 %.

La mortalità per resezione intestinale fatta per curare l'occlusione è molto alta: negli interventi in un tempo raggiunge il 25,7 % in quelli in più tempi il 12,5 %. Il fare una colostomia prima della resezione in casi di ostruzione intestinale ha ridotto a Chewer la mortalità dal 24 all'8,5 %. Risultati press'a poco simili hanno avuto altri chirurghi.

Il miglior mezzo per eliminare i microrganismi intestinali nel tratto da resecare è quello di evitare in esso il contatto colle feci. Questo si potrà ottenere coll'isolamento completo delle aperture dei segmenti distale e prossimale dell'intestino. Questo procedimento consigliato dal Mixher per la colostomia permanente appartiene al Devine, chirurgo australiano. Con questo procedimento si « defunzionalizza » completamente la porzione distale dell'intestino, di cui si ottiene la virtuale « debatterializzazione ».

Gli AA. ritengono che la colostomia tipo Devine permette anche di praticare resezioni intestinali più ampie.

La debatterializzazione è affrettata da lavaggi del tratto da resecare fatti attraverso l'apertura distale della colostomia con soluzione fisiologica o con antisettici. Qualche volta ciò non è possibile per l'esistenza di un'occlusione completa. Utile è anche l'introduzione di culture di b. acidophilus nel tratto intestinale tanto distale che prossimale.

La tecnica della colostomia alla Devine è stata modificata dagli AA. La modificazione consiste essenzialmente nell'incisione traversale invece che longitudinale e nell'uso delle pinze fissatrici di Ochsner, che permettono di compiere l'operazione in modo da non contaminare la cute colle feci. Gli AA. hanno anche ideato un enterotomo che permette il ripristino funzionale del segmento distale, quando è giudicato necessario.

Questa tecnica fu adoperata in 26 casi con un solo caso di morte. L.

Problemi dell'appendicite.

(M. KAABBEL. *Mediz. Welt*, 9 settembre 1939).

In Germania muoiono di appendicite circa 5000 individui all'anno: queste morti si potrebbero evitare con una diagnosi tempestiva, perchè una volta fatta la diagnosi tutti sono ormai d'accordo sulla opportunità di operare al più presto. Una diagnosi esatta può però incontrare serie difficoltà, soprattutto nella prima infanzia e nei vecchi: perciò la mortalità negli operati è particolarmente elevata in queste età. Nel piccolo bambino inoltre i processi infiammatori del peritoneo non tendono ad incapsularsi come nell'adulto, ma si generalizzano: non si constata poi nel piccolo bambino quella spiccata efficacia del siero antiperitonitico che lo rende un prezioso ausilio nelle appendiciti perforate dell'adulto. Così, mentre i casi di appendicite nei bambini al disotto dei 10 anni rappresentano solo il 12 % del numero totale, i casi di peritonite formano per questa età più del 50 % del numero complessivo di peritoniti. Per quanto rara, l'appendicite si può osservare anche sotto i 5 anni di età (3 % dei casi) e sopra i 60 anni (2 %). Nei piccoli bambini la diagnosi è particolarmente difficile per la impossibilità di raccogliere i dati soggettivi e per la frequenza di dolori addominali in questa età. Dal lato della diagnosi differenziale sono importanti la polmonite (specialmente quella centrale del lobo inferiore di destra: faccia rossa anzichè pallida, temperatura e leucocitosi più elevate, notevole differenza tra la temperatura ascellare e la rettale, esame radiologico), il vomito acetonemico (vomito intenso quasi senza febbre, assenza di leucocitosi spiccata, acetone nell'alito e nella urina) e la invaginazione intestinale (del lattante: è egualmente urgente l'intervento chirurgico). Nell'adulto la diagnosi può essere difficoltata dal fatto che il dolore per lo più inizialmente non è localizzato al punto classico ma è avvertito nella regione gastrica o attorno all'ombelico: si deve allora tener conto degli altri sintomi e soprattutto della leucocitosi. Si impone la diagnosi differenziale con la pielite (temperatura più alta, non vi è la caratteristica differenza tra l'ascella e il retto, esame dell'urina) con i calcoli dell'uretere (dolori a tipo colico che dal fianco irradiano verso l'inguine, assenza di tensione delle pareti addominali, abbondanti eritrociti nel sedimento urinario) e nella donna con la salpingite risp. peritonite pelvica (si impone la

cura conservativa, anamnesi gonocccica, inizio improvviso con febbre alta, forti dolori al basso ventre, tensione bilaterale delle pareti, dolenzia del Douglas). Difficilissima e di estrema importanza è la diagnosi differenziale tra appendicite e grippe intestinale, che con l'ingrossamento delle glandole mesenteriche può simulare una appendicite. D'altra parte è noto che nel corso della grippe si possono manifestare gravissimi processi distruttivi appendicolari. Solo una esatta anamnesi e un accurato esame obbiettivo permettono di evitare errori fatali: una leucocitosi e uno spostamento a sinistra della formula leucocitaria parlano decisamente per l'appendicite. In questa malattia dopo poche ore (osservazione accurata!) il dolore alla pressione e la tensione muscolare si accentuano e talvolta compare il vomito. Nei vecchi anche gravi processi flemmonosi e distruttivi dell'appendice provocano manifestazioni cliniche relativamente lievi: i sintomi locali sono poco accentuati, il vomito è raro, la febbre, l'acceleramento del polso e la leucocitosi possono mancare. Nei 375 casi di appendicite operati dall'A., si ebbe una mortalità del 25 % sopra i 60 anni, del 27 % sotto i 5 anni; 2,9 % tra i 5 e i 10 anni, 1,6 % tra i 10 e i 20 anni. Su 200 operati in età tra i 20 e i 60 anni non si ebbe alcun caso di morte. P.

Il trattamento delle emorroidi e delle loro complicazioni.

(J. MISSION. *Le Scalpel*, 5 agosto 1939)

Le *emorroidi esterne* sono quelle che si sviluppano sotto la pelle o in vicinanza della giuntura cutaneo-mucosa. Le *emorroidi interne o sottomucose* si rivelano solo quando sono prolassate: anche quando sono trombosate non sono apprezzabili con la palpazione rettale, possono essere messe in evidenza solo con l'endoscopia. Questa le fa vedere come cercini coperti di muco e con capillari dilatati solo quando coesiste anorettite. Nella forma angiomatosa diffusa di Richet la mucosa ano-rettale ha una tinta vermiglia senza cercini.

Le *emorroidi esterne* provocano disturbi funzionali solo quando sono trombosate. Si ha allora un piccolo tumore di solito rotondo, duro, a contorni limitati, molto sensibile alla palpazione. L'incisione precoce dell'emorroide trombosate praticata con l'anestesia locale e seguita dall'espressione del coagulo determina una rapida guarigione. Se si ritarda e s'inizia l'organizzazione del trombo bisogna astenersi dall'intervenire: in genere la trombosi guarisce spontaneamente lasciando una piccola escrescenza molle che è di solito ben tollerata (quando provoca gemizio o prurito può essere eliminata con l'elettro-coagulazione). Solo eccezionalmente si ha sfacelo che può provocare emorragie o un ascesso seguito o non da fistola.

*

Le emorroidi interne subiscono l'influenza di tutto ciò che può disturbare il sistema venoso in generale o la rete emorroidaria, anastomosi tra il sistema della porta e quello della cava inferiore. Tra i fattori che interessano il sistema venoso in generale vanno ricordati la malattia varicosa, la grande ipertensione e lo scompenso cardiaco. Un disturbo della circolazione portale (cirrosi o semplice disordine funzionale del fegato) determina una compressione del sistema venoso emorroidario. Gli ostacoli alla circolazione della cava inferiore (gravidanza, tumori uterini, ipertrofia prostatica) provocano emorragie emorroidarie. Le affezioni delle immediate vicinanze (malattia dell'uretra e del retto) complicano la situazione.

Clinicamente le emorroidi interne sono quasi sempre latenti e si rivelano solo in determinate occasioni con fatti *acuti*, di cui il principale è lo *strozzamento emorroidario*, o con fatti *cronici*: *emorragie, prolasso* e *dolore* oppure con *gemizio* e *prurito*.

Lo *strozzamento emorroidario* può definirsi un prolasso provocato da trombo-flebite. È accompagnato da vivo dolore. Quando lo strozzamento è localizzato si tenterà la riduzione con prudenza e dolcezza. Qualora la riduzione non riesce il medico dovrà limitarsi a mettere l'infermo a letto, a rendere le feci molli con la paraffina o mucillagini, a far praticare semicupi caldi, o applicare una borsa di ghiaccio. Le onde corte danno molto sollievo. È necessario sorvegliare l'infermo con gran cura perchè è possibile la produzione di un ascesso anale o di un flemmone della fossa ischio-rettale. In tali casi l'intervento tempestivo del chirurgo può evitare la formazione di fistole secondarie.

Le *emorragie* hanno un'importanza variabile. Le emorragie improvvise, abbondanti, catastrofiche da rottura della varice anale sono rarissime. Per lo più le emorragie provengono dal reticolo capillare dilatato che copre la superficie delle emorroidi.

In molti casi le emorragie dipendono dalla rettite emorroidaria legata a stipsi o a colite con o senza diarrea: basta curare queste condizioni per fare scomparire il flusso di sangue.

Nelle emorragie ostinate sono indicate le iniezioni sclerosanti: un'iniezione settimanale di qualche cmc. di soluzione di chinino-urea al 5 % nella regione immediatamente sopra-emorroidaria. Le iniezioni stesse sono controindicate quando le emorroidi dipendono da ipertensione, cirrosi epatica, gravidanza, adenoma prostatico, e quando coesiste diabete.

Il *prolasso emorroidario* può essere intermittente, ossia verificarsi dopo le defecazioni obbligando così il malato a ridurre volta per volta il pacchetto prolassato. L'abitudine che hanno alcuni pazienti di spostare la defecazione verso sera, prima di andare a letto, è dannosa per il funzionamento dell'apparato dige-

rente. Il prolasso permanente costituisce una grande infermità per il gemizio che provoca e perchè l'infermo ne diventa ossessionato.

La cura consiste nelle iniezioni sclerosanti quando lo sfintere anale ha una buona tonicità. In caso contrario bisogna intervenire chirurgicamente oppure provocare la cauterizzazione di due o tre punti della mucosa situati in alto in modo da provocare una sclerosi perirettale e fare aderire in qualche modo la mucosa ai tessuti sottostanti.

Il *dolore* cronico è legato principalmente a tumori emorroidari: emorroidi infiammate o polipi dell'ano di solito sopraemorroidari.

I pacchetti emorroidari quando sono voluminosi possono essere trattati con l'exeresi chirurgica o con la diatermo-coagulazione che può essere praticata con semplici anestesie locali sottomucose e non richiede ospedalizzazione e dilatazione anale oppure con l'anemizzazione.

I polipi sopraemorroidarî possono asportarsi con ansa quando la radice è libera. Altrimenti si ricorrerà alla coagulazione con pinza: la corrente essendo più intensa a livello della radice, questa si anemizza ed il polipo cadrà successivamente.

Talvolta il dolore non è dovuto alle emorroidi ma a nevralgie anali. In tali casi non esiste spasmo dello sfintere e la palpazione non è dolorosa.

Il *gemizio* ed il *prurito* sono spesso dovuti alle stesse emorroidi, ma il più delle volte alla proctite sopraemorroidaria. In tali casi, a parte le iniezioni sclerosanti, renderanno buoni servizi la cura dei disturbi digestivi e la medicazione rettale.

Talvolta il prurito determina lo sviluppo di un eczema che retrocede anch'esso con il buon trattamento della colite o della retto-colite. In caso contrario si faranno applicazioni di ittiolo liquido o di olio di fegato di merluzzo. Può darsi anche che il prurito anale, più che alle emorroidi, sia legato ad un prurito vulvare: in tali casi gioveranno le iniezioni di follicolina.

Alcuni pruriti della regione anale sono legati ad una causa generale, come il diabete e l'uremia, o non hanno alcuna causa apparente (prurito essenziale). In tali casi si può riccorere alle iniezioni locali di piccole dosi di istamina.

La *ragade anale* è abitualmente una complicazione delle emorroidi.

Può essere indolente o poco dolorosa, ma spesso i fenomeni algici raggiungono un'intensità considerevole, con carattere persistente e parossismi violenti. È caratteristico l'orario del dolore, fino a costituire un segno patognomonico: il dolore, che è dovuto a uno spasmo dello sfintere anale, non appare immediatamente dopo la defecazione ma 15-30 minuti dopo.

La ragade può essere localizzata in qualsiasi punto dell'orifizio anale, ma più frequentemente in corrispondenza della commessura posteriore.

Per lo più si rileva alla semplice ispezione previo divaricamento della regione. In caso contrario la si potrà apprezzare appoggiando l'indice sui tessuti perianali: la pressione anche lieve provocherà dolore nella zona occupata dalla ragade.

Il trattamento, oltre ai consigli igienici da dare a tutti gli emorroidarî, varia secondo la importanza della lesione. Nei casi molto leggeri si può avere la cicatrizzazione rapida mediante applicazioni di pomate all'ittiolo ed a base di vitamina A e D. Anche il trattamento analgesico coadiuva il processo di guarigione. A tale scopo si praticheranno nella porzione dello sfintere e della sottomucosa corrispondente alla ragade soluzioni acquose o meglio oleose di anestesizzanti.

Nelle forme cronicizzate conviene ricorrere alla diatermo-coagulazione o all'escissione previa dilatazione anale.

La *fistola anale* può seguire all'ascesso anale o al flemmone ischio-rettale che, come si è detto, sono complicazioni delle emorroidi, specie dello strozzamento. Da ciò la necessità di aprire a tempo e convenientemente queste raccolte.

Il tragitto delle fistole anali è molto vario: può essere ramificato ed interessare o non lo sfintere, essere aperto o non nel retto. Al riguardo oltre l'esplorazione con lo specillo si praticherà l'esame radiografico dopo iniezione di lipiodol nella fistola.

In genere il trattamento è unicamente chirurgico. Quel che sia la tecnica adoperata importa di non lasciare nessun tragitto secondario, nessun recesso.

Quando l'intervento chirurgico è impossibile si ricorrerà alle iniezioni di liquidi modificatori: lipiodol, ioduri, mercurocromo.

DR.

PRONTO SOCCORSO.

Trattamento delle ferite.

(O. NORDMANN. *Mediz. Klin.*, 8 settembre 1939).

Il decorso della ferita e il destino del paziente dipendono soprattutto dalle prime cure prestate. La disinfezione della ferita è più dannosa che utile: le soluzioni antisettiche danneggiano anche i tessuti viventi e deprimono le naturali forze di resistenza delle cellule verso i germi penetrati nella ferita. Si eviterà anche di lavare la pelle circostante: sembra che i germi che vivono sulla cute di ogni individuo siano completamente innocui per la ferita, mentre sono pericolosi quei germi che vi possono penetrare secondariamente con le mani del medico o con istrumenti o materiale da medicazione non sterili. Se la ferita è sem-

plice la si ricopre (con pinzetta sterilizzata) di un quadrato di garza sterile che appena la copra tutta; quindi si rade a secco la pelle circostante e la si pennella con tintura di iodio al 10 %. Solo se la pelle è molto sporca la si pulirà prima con benzina. Nelle ferite in cui i tessuti sono fortemente danneggiati si dovrà, con strumenti sterilizzati, escidere i margini cutanei irregolari tagliando nel sano e asportare fino a fondo della ferita i tessuti a brandelli o schiacciati. Per divaricare la pelle, il tessuto adiposo e le fascie e aponeurosi lese si ricorre ad uncini acuti che evitano danni meccanici ai tessuti: per divaricare la ferita muscolare si usano uncini ottusi che però vanno manipolati con molta cautela. Se i tessuti sono molto schiacciati o se vi sono emorragie parenchimatose sono utili l'iodoformio, lo xeroformio, il vioformio: la ferita viene tamponata in modo non stipato con la garza medicata, dei drenaggi di gomma provvederanno al deflusso del secreto. La sutura immediata della ferita è pericolosa: solo se la ferita è ampiamente beante si metterà qualche punto, tra i singoli punti vi dovrà essere però sempre abbastanza spazio per consentire un buon deflusso del secreto. Egualmente dannoso è un tamponamento stipato della ferita perchè esso determina un stagno delle secrezioni. Buoni risultati si ottengono con le pomate all'olio di fegato di merluzzo e contemporanea immobilizzazione in fasciatura gessata: le ferite così trattate granulano e si epitelizzano rapidamente. Uno svantaggio del metodo è la impossibilità di riconoscere a tempo una incipiente infezione (la fascia gessata si cambia ogni 15 giorni!): inoltre l'odore che si sprigiona può essere tanto insopportabile da obbligare a cambiare precocemente la medicazione. P.

Lesioni e disturbi organici da paracadute.

(R. de Gaulejac. *Bulletin Médical*, n. 14, 1939).

L'A. distingue le lesioni imputabili all'uso del paracadute in quattro gruppi:

1) lesioni molto gravi, variamente localizzate, seguite generalmente da morte;

2) lesioni toraco-addominali con o senza disturbi nervosi o congestizi;

3) lesioni organiche varie;

4) ferite degli arti inferiori più o meno complicate.

Queste lesioni possono verificarsi nel corso della stessa discesa, e per comprenderne il meccanismo patogenetico occorre conoscere la costituzione del paracadute ed il suo funzionamento dal salto dell'aviatore nello spazio fino all'arrivo al suolo.

Il paracadute consta di tre elementi principali: 1) una calotta di seta contenuta in un sacco di tela che può aprirsi automaticamente all'atto del salto dell'aviatore o che si apre solo ad un dato momento durante la caduta a volontà dell'utente; 2) un sistema funicolare di sospensione che collega la calotta; 3) un cinturone o imbracatura.

Dal punto di vista in questione la parte più importante è l'imbracatura, che può essere costituita da una semplice cintura toraco-addominale larga circa 20 cm. alla quale è fissato il sistema di sospensione dorsalmente nella parte mediana o al lato sinistro, oppure ad ambedue i lati. Ma più comunemente l'imbracatura è più complessa con punti di attacco più numerosi alle coscie, alle ascelle e al tronco.

La calotta, sia che si liberi dal sacco spontaneamente o che si apra a comando, nell'atto di spiegarsi provoca uno stiramento delle funi e quindi uno strappamento dell'imbracatura che è fortemente risentito dall'aviatore. La velocità di caduta diminuisce ma è sempre notevole, da 4,50 a m. 7 al secondo in rapporto alla costituzione dell'apparecchio al peso dell'utente, all'altezza e allo stato del tempo. Quando l'atmosfera è calma la discesa avviene in genere senza pericoli. Ma se piove e c'è molto vento il paracadute è agitato da movimenti oscillatori o rotatori.

Dopo un tempo variabile in funzione dei detti fattori l'aviatore prende contatto con il suolo e si libera immediatamente dell'imbracatura per evitare di essere trascinato dal paracadute trasportato dal vento.

Le lesioni più gravi e anche mortali si verificano quasi sempre al momento del salto nello spazio, le lesioni toraco-addominali con o senza disturbi nervosi o congestizi si verificano all'atto dell'apertura della calotta, mentre le ferite con localizzazioni varie si hanno durante la discesa e particolarmente quelle degli arti al momento del contatto con il suolo.

Le lesioni che possono verificarsi con il salto nello spazio o in seguito consistono in fratture del cranio, in fratture multiple o in un completo schiacciamento del corpo. Sono causate dal fatto che il paracadute rimane impigliato nell'areoplano per ragioni varie, o dal fatto che la calotta non si apre o si apre incompletamente, provocando così la discesa a grande velocità e quindi lo schiacciamento del corpo sul suolo.

Le ferite toraco-addominali con o senza lesioni nervose o congestioni sono eccezionali quando l'imbracatura ha punti di presa su le coscie, le ascelle ed il tronco, relativamente frequenti quando l'apparecchio di sospensione è costituito da una semplice cintura, rare quando la cintura è munita di cosciale.

Con la cintura toraco-addominale semplice senza cosciale si possono avere le seguenti lesioni: *a*) lesioni localizzate ai punti di contatto della cintura con l'organismo; *b*) lesioni toraco-addominali a distanza; *c*) disturbi nervosi

o congestizi isolati o raggruppati, accompagnati o non dalle lesioni precedenti.

Le prime, in rapporto al modo di fissazione del paracadute alla cintura, sono localizzate, superficialmente o profondamente, alla regione antero-inferiore dal torace ed alla parte sottostante dell'addome, alla regione laterale destra del torace ed alla sottostante regione addominale, e raramente alla regione toraco-addominale sinistra. La sospensione laterale sinistra provoca lesioni molto più gravi di quelle della sospensione medio-dorsale, perchè sono localizzate a destra. Si tratta di contusioni, ecchimosi più o meno estese e profonde, fratture di costole, lesioni epatiche con o senza ittero e disturbi renali. Tali fatti sembrano dovuti alla brusca dilatazione dell'emitorace sinistro e alla proiezione di alcuni elementi degli organi addominali nella parte sinistra dell'addome sotto l'influenza della brusca compressione della parte destra del torace e dell'ipocondrio destro al momento dell'apertura del paracadute.

Le lesioni toraco-addominali a distanza sembrano dovute al cattivo adattamento della cintura di sospensione che all'atto dell'apertura della calotta può essere rigettata in alto determinando la frattura di una clavicola, o rigettata in basso determinando forti dolori addominali con o senza emorragie transitorie della vescica o dell'intestino.

I disturbi nervosi e congestizi consistono in violente cefalee, vertigini, disturbi della vista, ronzii, perdita della coscienza, emorragie nasali, congestione oculare, fatti tutti dovuti alla rapidità con la quale l'aviatore è proiettato fuori dell'apparecchio o alla violenza dello choc di apertura del paracadute.

Le lesioni organiche che si verificano nel corso della discesa del paracadute sono le più svariate ed hanno meccanismi di produzione diversissimi.

Talvolta, il paracadute è colpito dallo stesso areoplano abbandonato o da un altro areoplano in volo e l'aviatore cade schiacciandosi al suolo. In qualche caso il movimento oscillatorio del paracadute fa battere l'aviatore contro il muro di una casa e si determina così la frattura delle coscie. Nella guerra di Spagna alcuni aviatori durante la discesa furono colpiti ed uccisi da proiettili nemici. Infine i paracadusti corrono l'alea di urtare contro fili elettrici ad alta tensione.

Le lesioni che si verificano al momento del contatto con il suolo sono per lo più distorsioni dei piedi e delle ginocchia, fratture delle gambe e raramente delle coscie. Ma possono aversi accidenti più gravi anche seguiti da morte sia per fratture multiple degli arti, del tronco e del cranio, sia per annegamento quando la caduta avviene sull'acqua.

Perchè il contatto con il suolo avvenga normalmente occorre che il paracadute discenda lentamente, che l'atterraggio avvenga su terra leggera non accidentata e senza grossi sassi.

La velocità media di discesa all'arrivo al suolo è di 5 m. al secondo che corrisponde al salto di meno di m. 1,50 di altezza, ossia di un salto relativamente poco elevato e che non dovrebbe provocare gravi danni se la caduta al suolo avvenisse in posizione adatta. Ora l'aviatore se non ha la possibilità di scelta del terreno d'atterraggio ha quella di assumere la posizione meno pericolosa. Questa è quella verticale con arti inferiori in estensione pronti a flettersi in modo d'ammortizzare l'urto.

Ma quando la velocità cresce (per il modello del paracadute, per il peso dell'aviatore, per la pioggia o per il vento) si possono avere lesioni gravi seguite anche da morte.

All'arrivo al suolo l'aviatore deve subito liberarsi dell'imbracatura specie quando l'atmosfera è agitata. Ogni ritardo nell'esecuzione di questa misura fa sì che l'aviatore sia trascinato dal vento urtando contro gli ostacoli e producendosi lesioni talvolta letali.

Le diverse fasi della discesa (salto nello spazio, apertura della calotta, discesa ed atterraggio) possono dunque essere accompagnate da lesioni e disturbi organici di varia natura, sede e gravità

Gli accidenti più gravi e più spesso mortali sono quelli legati al salto nello spazio, e sono quasi sempre imputabili all'apertura intempestiva del sacco del paracadute, all'utilizzazione troppo rapida del comando a mano, alla non apertura della calotta. Essi sono diventati più rari con i perfezionamenti tecnici degli apparecchi e con la migliorata istruzione degli aviatori.

Le lesioni, provocate dall'apertura della calotta il cui sforzo arriverebbe fino a 1000 Kgr., possono essere eliminate o ridotte con accorgimenti tecnici: apertura rapida ma non istantanea, assorbimento da parte dell'imbracatura di una parte della forza di trazione esercitata dall'apparecchio di sospensione, distribuzione della potenza di trazione su elementi anatomici numerosi e poco fragili.

L'attenuazione dello sforzo di apertura è stata tentata in Italia e negli Stati Uniti mediante la costituzione della calotta, il tessuto e la disposizione dei fusi di seta che la costituiscono, e mediante la presenza alla sommità di un foro elastico che si allarga notevolmente quando la calotta si apre e si richiude gradatamente a misura che gli sforzi si distribuiscono normalmente su tutta la superficie del paracadute durante la discesa.

Gli italiani, grazie ai lavori del colonnello Luigi Avorio, con questo procedimento hanno ridotto di circa la metà i casi di choc d'apertura.

I francesi hanno cercato di diminuire lo sforzo con ammortizzatori a livello dei fili di sospensione.

Per quel che riguarda l'organo di attacco è stato rilevato che per la cintura, senza cosciale, la sospensione dorsale è nettamente superiore alla laterale sinistra e che la sospensione con due punti di fissazione dorso-laterali è ancora più conveniente perchè rende la discesa meno molesta e più dolce.

L'aggiunta di un cosciale rende ancora meno probabili gli accidenti.

Ma meglio ancora corrisponde un'imbracatura co npunti di attacco alle coscie, alle ascelle e al torace.

Per evitare le lesioni determinate durante la discesa da ostacoli incontrati prima di raggiungere il suolo l'utente può in qualche modo dirigere la rotta del paracadute. A tale scopo gli italiani imprimono agli arti un movimento simile a quello del nuoto e gli americani usano esercitare una trazione sui vari fili di sospensione, ma in effetti ambo i procedimenti non sono soddisfacenti.

La possibilità di discendere su un lago, su un fiume o sul mare importa la necessità che l'aviatore sappia notare e dovrebbe d'altra parte eccitare lo studio di un apparecchio che gli consenta di nuotare per un lasso di tempo sufficiente per salvarsi o per attendere soccorsi.

Malgrado tutti i pericoli inerenti all'uso del paracadute, questo rimane un apparecchio di salvataggio di prim'ordine, e si ha ragione di sperare che con i perfezionamenti tecnici che gli sono incessantemente apportati esso diventerà sempre più sicuro. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

C. DA COSTA. *Eléments d'Embryologie.* Un volume di circa 500 pagg. Ed. Masson, Parigi, 1938. Prezzo fr. 120.

Lo scopo di questo libro è, secondo quanto afferma l'A., « di fornire agli studiosi gli elementi della storia dello sviluppo embrionario, di cui essi hanno bisogno per una migliore comprensione della Anatomia e della Fisiologia normale e patologica ».

L'opera è divisa in tre parti: la prima, di circa 100 pagine è consacrata allo studio dei gameti e dello zigote; la seconda parte tratta la embriologia generale, iniziando con la segmentazione e la gastrulazione e sviluppando ampiamente la descrizione degli annessi dell'uovo e lo studio generale dei derivati dei foglietti germinativi: oltre 200 pagine circa.

Viene infine la terza parte consacrata alla embriologia speciale e in cui si trova la descrizione della formazione e sviluppo dei vari apparati e sistemi organici.

Ora a noi sembra che l'A., che è insegnante di Embriologia alla Facoltà di Medicina di Lisbona, abbia perduto un po' di vista nella trattazione quello che era lo scopo dichiarato della sua opera: si sia cioè più volentieri e con ampiezza, forse superflua per noi medici, diffuso sulle nozioni generali di embriologia ed abbia trascurato l'embriologia speciale, che è così necessaria per comprendere buona parte della patologia.

Per esser chiari con un esempio, noi avremmo preferito qualche pagina di meno delle sessanta dedicate alla gastrulazione e qualcheduna di più della unica dedicata alla evoluzione della regione bronchiale.

E questo ragionamento ci sembra abbia tanto maggior valore, in quanto chi vuole approfondire le proprie cognizioni di embriologia, (e non è certo questo il caso del comune studente di medicina) ha a sua disposizione numerose opere ormai classiche, mentre ciò che più serve al pratico sono le nozioni di embriologia applicate alla patologia umana. Ma un'opera rispondente a tale scopo è impresa ardua che bisogna essere nello stesso tempo e anatomici, e embriologi e patologi.

Ed è per questo che noi conserviamo con gelosia un'operetta del Valenti, di men che 200 pagine (ma che chiarezza!) pubblicata nel 1893 e finora non siamo riusciti a sostituirla con alcun altra, anche fra le più recenti. Fatta questa riserva di indole generale l'opera del da Costa è veramente meritevole di elogio per la serietà e la precisione della trattazione e può certamente giovare allo studioso non solo per completare la sua cultura generale, ma anche e sopratutto per contribuire efficacemente alla formazione del suo spirito biologico. G. LA CAVA.

ANDRÉ BARBÉ. *Recherches sur l'Embryologie du Système nerveux central de l'Homme.* Paris, Masson et C.ie Editeurs, 1938.

L'embriogenia umana, come dice il Souques nella dotta prefazione al libro, ha « del prodigio » e noi diciamo non soltanto « in apparenza ». Il Barbé, che si impersona nello sfondo colturale della Salpêtrière, ha portato un contributo notevolissimo al detto prodigio, con un complesso imponente di ricerche originali. dirette da buon neurologo particolarmente allo studio del nevrasse, fattore nello sviluppo embrionale di meravigliosa importanza, come lo sarà anche di più nell'ulteriore evoluzione post-fetale, sino a costituire l'organo che eleva l'uomo di molto al disopra e al di fuori della animalità.

Basterebbe a dimostrare l'alto valore dell'opera del Barbé l'eccezionale mole dei campi di indagine, che corrispondono all'esame di cinquantadue embrioni e feti, che vanno dai diciotto ai duecentocinquanta giorni di vita endouterina. Di essi, con il corredo dimostrativo di corrispondenti fotografie, nella prima parte del libro, si dà una precisa descrizione

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

del complesso e dei dettagli dell'organo in evoluzione; ed è non facile dire quanto di istruttivo si tragga dal testo e quanto dalle 318 fotografie che lo accompagnano, che sono di una impressionante bellezza. Ma indubbiamente è l'insieme iconografico che sovrasta il testo, o meglio che questo suggerisce e definisce, come giustamente lo stesso A. mette in evidenza.

Lo studio embriogenetico si completa nella seconda parte — istogenesi e morfogenesi — per la differenziazione regionale di quanto del complesso nevrassiale era stato riprodotto, dalla natura direttamente osservato e quindi descritto. È in questa parte che si afferma il contenuto più originale, più personale dell'opera, in quanto si rivolge a particolari interpretazioni sulla evoluzione e quindi sulla struttura e distribuzione anatomica di parti, gruppi e proiezioni, per cui ne deriverebbero nuovi rapporti con un profondo influenzamento su concetti fisiologici e indirettamente patologici. Basti ricordare l'originale concetto che la capsula interna non passerebbe tra il nucleo caudato e quello lenticolare, ma attraverserebbe il nucleo lenticolare stesso compenetrandosi nella sua struttura.

È un'opera questa di particolare importanza per la profondità, vastità ed esattezza scrupolosa delle ricerche, e per la sua originalità, preziosa agli embriologi, ma più ancora ai neurologi, studiosi della genesi anatomo-fisiologica del sistema nervoso centrale, perchè da essa e per essa si plasma ogni più esatta concezione clinica. G. MÒGLIE.

LANZ-WACHSMUTH. *Praktische Anatomie.* v. I, parte IV. *Bein und Statik.* Un vol. di pag. 485 con 341 fig. R. M. 49. Ed. Springer, Berlino 1938.

Questo volume è una parte (la IV) del vol. I del Trattato di Anatomia Pratica e riguarda l'arto inferiore e la statica.

Questo trattato di anatomia, come gli AA. ricordano nel sotto titolo, vuol essere un libro di studio e di aiuto nell'approfondire le condizioni anatomiche indispensabili alla pratica medica. La trattazione segue una sistemazione topografica nel senso di svolgere prima una parte generale sulla forma e l'importanza dell'arto inferiore rispetto al corpo, sulle regioni dell'arto inferiore, sullo scheletro dell'arto inferiore, sul circolo, sull'innervazione.

Particolarmente poi, vengono trattate le singole regioni dell'arto inferiore dalla regione della coscia fino al piede. I capitoli vengono svolti secondo i concetti dell'anatomia topografica con numerosissimi accenni a questioni anatomiche che sono connesse alla medicina e alla chirurgia. Ad esempio ricordo il modo magistrale con cui è trattata la regione crurale nei rapporti con l'ernia e la sua cura, lo studio dei legamenti del ginocchio nei rapporti delle distorsioni e delle rotture dei menischi, lo studio dei movimenti e delle posizioni di riposo dei singoli segmenti, quello delle borse e della capsula del ginocchio, ecc.

Le illustrazioni, tutte a colori, corredano questa magnifica edizione con una larghezza forse anche eccessiva. Gli schemi e i disegni formano una iconografia perfetta che torna ad alto onore degli Autori che hanno immaginato gli schemi, che hanno fatto le preparazioni anatomiche per i disegni e a chi li ha eseguiti con così grande maestria. VALDONI.

G. SANGIORGI. *Elementi d'Igiene coloniale.* Un vol. in-16° di 106 pagg. Laterza e Polo, Bari, 1939. L. 5.

In questo agile manuale, che il prof. Sangiorgi ha offerto alla Sezione barese dell'Istituto Fascista per l'Africa Italiana, sono indicati i principî igienici a cui si deve conformare chi vuole vivere sanamente e prosperare in Colonia; giustamente, l'A. vi ha aggiunto come sottotitolo: « Per la coscienza igienica dei colonizzatori dell'Impero ». Già la nostra razza, con la sua plastica adattabilità, con le sue abitudini generalmente parche, morigerate e rifuggenti da eccessi, ha le qualità essenziali per il colonizzatore; esse vengono poi integrate con le nozioni pratiche che qui fornisce l'A. sul clima, l'acclimatazione, l'abbigliamento, l'alimentazione, l'abitazione, le abitudine di vita. Nella seconda parte, sono contenute le norme contro le più comuni infezioni, infestioni ed intossicazioni tropicali. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Genova.

Seduta del 1° febbraio 1939.

Presidente: prof. G. SABATINI.

Caso raro di tumore del collo della vescica.

SERRA L. — L'O. descrive un caso di leiomioma del collo della vescica, la cui ablazione ha portato a guarigione.

Ulcere gastriche sperimentali da acido fenil-chinolin-carbonico.

BARCO P. e BERTI-RIBOLI R. — Sperimentalmente nei cani, gli OO. sono riusciti ad ottenere nel 100 % dei casi la formazione di ulcere gastriche consecutive alla somministrazione per via endovenosa, di un sale sodico dell'acido fenilchinolin-carbonico. Tali ulcere, sia per la sintomatologia anatomo-patologica e clinica, sia per il processo di guarigione (una volta sospesa la somministrazione) sono molto simili a quelle dell'uomo. L'azione ulcerogena sarebbe connessa con una scarica di adrenalina prodotta dall'acido fenil-chinolin-carbonico iniettato.

Il comportamento del sistema capillare periferico nell'ulcera gastrica sperimentale.

BERTI-RIBOLI R. e VERNETTI L. — Nell'ulcera gastrica sperimentale si riscontrano alterazioni del sistema capillare, che consistono in una vasodilatazione ed in un rallentamento del circolo. Tali alterazioni potrebbero essere ritenute come effetto di una abnorme produzione di istamina nell'organismo, provocata dalla sostanza ulcerogena (acido fenilchinolin-carbonico).

Azione protettiva sulla mucosa gastrica dell'associazione di acido ascorbico, aneurina e cortina nell'ulcera gastrica sperimentale.

BERTI-RIBOLI R. e BELGRANO V. — La somministrazione associata di acido ascorbico, aneurina e cortina previene le manifestazioni anatomopatologiche e cliniche a tipo di ulcera gastrica, che l'acido fenil-chinolin-carbonico suole produrre. Previene altresì la sintomatologia da derivazione totale dei succhi duodenali.

Sopra nuovi elementi patogenetici dell'ipertensione arteriosa.

AGNOLI R. — L'O., accennato che attualmente, lo studio della patogenesi dell'ipertensione si trova in una fase biochimica, riferisce su alcune ricerche personali dirette ad indagare il comportamento del potere colinesterasico del siero di sangue negli ipertesi. Da queste ricerche è risultato che negli ipertesi predominano i valori più alti del potere colinesterasico, mentre negli ipotesi si riscontrano quelli più bassi. Da tale comportamento non si può però trarre alcuna conclusione sin tanto che non verrà conosciuto il comportamento della funzione adrenalinoxidasica o comunque delle funzioni inibitrici degli ormoni o delle amine ipertensive.

Seduta del 15 febbraio 1939.

Presidente: prof. G. SABATINI.

Due casi di idropionefrosi a patogenesi rara.

ROLANDO S. — L'O. riferisce su due casi di idropionefrosi, aventi in comune come sede del momento patogenetico, l'istmo ureterale ed interessanti per la rarità di questa sede dell'ostacolo. In uno dei casi si trattava di un papilloma impiantatosi a livello dell'istmo; nel secondo di una stenosi dell'istmo, probabilmente congenita. Tutti e due i casi, operati, sono guariti.

Contributo clinico alla diagnosi dei tumori del corpo calloso.

BALDUZZI O., SACCHI U. e LAZZERI T. — La sindrome di tumore del corpo calloso consiste in:

1) Aprassia tipicamente sinistra od anche bilaterale.

2) Disturbi della motilità bilaterale, intendendo come tali anche quelli rilevabili soltanto per la presenza di riflessi patologici.

3) Disturbi psichici con gravi alterazioni delle attività intellettive che si rendono soprattutto appariscenti per un difetto mnemonico tipo Korsakoff e con turbe affettive in cui è però costante uno stato depressivo dell'umore.

4) Nessuna partecipazione dei nervi cranici.

Va rilevata ancora la rarità di una vera papilla da stasi.

Gli OO. ritengono che ai fini della diagnosi sia ancora più utile e più sicuro far affidamento oltre che sulla sintomatologia psichica, sempre importante ma difficilmente differenziabile dalla sintomatologia psichica frontale, anche e soprattutto sulla sintomatologia neurologica, e propriamente su due segni cardinali: presenza di disturbi motori bilaterali e assenza di alterazioni dei nervi cranici.

Elettroterapia dell'angina pectoris.

CIGNOLINI P. — Mediante la relazione particolareggiata del decorso del trattamento diatermico in un caso grave di angina pectoris, l'O. discute la tecnica della marconiterapia e della diatermia nelle coronariti, concludendo con l'affermazione che è necessario che l'impiego dell'alta frequenza sia ricordato più spesso nelle malattie di cuore in genere e nell'angina pectoris in ispecie.

Sulla tolleranza di alcuni corpi estranei infissi nel segmento ipofaringo-esofageo.

PALLESTRINI E. — L'O. espone due casi clinici di lunga tolleranza in ipofaringe ed esofago di corpi estranei vari: aghi per cucire ed un lungo frammento di costola di pollo. La tolleranza è in funzione della sede di infissione del corpo estraneo e della assenza o lieve entità di lesioni infiammatorie locali provocate. L'O. discute le sintomatologie di sospetto provocate dal corpo estraneo e dimostra come l'esame laringoscopico non basti da solo per escludere la presenza del corpo estraneo.

Esofagiti e mediastiniti da corpi estranei nell'esofago (Considerazioni chirurgiche.

PALLESTRINI E. — Sulla base della sua esperienza clinica, l'O. propone l'intervento precoce di liberazione dell'esofago cervicale per via esterna in caso di sintomi d'allarme di cellulite periesofagea da corpo estraneo settico. L'esofagoscopia eseguita in queste condizioni può riuscire pericolosa per i rischi di aggravamento delle lesioni periesofagee che le manovre esofagoscopiche non escludono.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La localizzazione delle lesioni intracraniche.

La determinazione delle aree di iperpatia (iperdolore) del cranio rappresenta un semplice e vantaggioso metodo per la localizzazione delle malattie intracraniche. Però il valore di questo metodo non deve essere ipervalutato: F. H. Lewy (*Annals of Surgery*, n. 1, 1939) infatti non intende di sostituire con questo nessuno dei procedimenti abitualmente impiegati per l'esame neurologico. Secondo F. H. Lewy il metodo in questione può risultare utilissimo nei malati in coma nei quali può apportare una conferma ulteriore alla diagnosi clinica se questa fu fatta, o un indirizzo qualora invece non sia stato possibile stabilire una diagnosi clinica.

Il metodo può servire in casi di tumore, di ascessi, di ematomi sottodurali cronici, di aracnoiditi, di focolai cicatriziali meningei, così quando questi sono situati al di sopra come al di sotto della superficie cerebrale. La correlazione tra le aree di iperpatia e la sede delle lesioni intracraniche in alcuni casi è diretta, in altri invece solo approssimativa.

L'A. a questo proposito riporta un importante diagramma ove sono ripartite le aree di iperpatia rivelate in numerosi casi di lesioni intracraniche di sede assai diversa.

Il metodo in questione riveste una importanza speciale per la diagnosi differenziale dei tumori sopra e sotto tentoriali, nella più fine localizzazione dei tumori cerebrali e dell'ala dello sfenoide, e nella differenziazione tra tumori e processi patologici vascolari del cranio.

TOSATTI.

La forma cerebrale della malattia di Buerger.

H. Spatz e Lindenberg (Soc. medica di Amburgo, rif. in *Med. Welt*, 22 luglio 1939) nel rivendicare a Winiwarter le prime osservazioni (1878) di questa forma che va sotto il nome di malattia di Bürger, osservano che le stesse alterazioni vasali che si hanno negli arti, e che hanno fatto dare il nome di tromboangeite obliterante possono pure aversi nel territorio cerebrale. Si osservano delle sezioni distali di arterie bianche ed esangui, dall'apparenza di oxiuri; le vene sono ben piene; spesso si osserva anche la così detta atrofia granulare della corteccia cerebrale.

Sono colpiti i vasi della convessità e specialmente le parti distali, al contrario dell'arteriosclerosi, che si localizza alla base. Istologicamente, si ha moltiplicazione epiteliale e deposizioni trombotiche; i trombi possono organizzarsi e costituire un tessuto lasso, che riempie il lume del vaso. La media e l'avventizia rimangono intatte. Come conseguenza di tali processi, si hanno nel cervello dei grandi rammollimenti discontinui, per lo più asimmetrici, nelle parti distali dei territori riforniti dall'art. cerebr. anteriore o media, non riconoscibili alla ventricolografia.

Clinicamente, precede per lo più una fase premonitoria funzionale, consistente in campi vascolari, che precedono le lesioni vascolari; si tratta di frequenti stati di emicrania ed amaurosi, afasie e paresi transitorie.

Dal punto di vista eziologico, sono da considerarsi essenzialmente le lesioni da freddo e l'abuso di nicotina, in presenza di una determinata costituzione di vaso-labilità. Non si sono trovate infezioni croniche, specialmente reumatismo; istologicamente, non si può riconoscere un eventuale meccanismo allergico. La diagnosi differenziale va fatta con l'ipertonia e l'arteriosclerosi, che non si sono mai trovate in concomitanza con questa forma cerebrale. Dal punto di vista terapeutico, è stata proposta l'ablazione dei gangli del collo.

fil.

Ipertensione intracranica da tumore cerebrale.

Una cefalea diffusa, permanente, violenta, parossistica, necessità sempre un esame radiografico e un accurato esame del malato.

La constatazione di una grossa stasi papillare è la prova di una seria ipertensione intracranica.

Se la diagnostica indica un tumore cerebrale, il solo metodo efficace è l'ablazione del tumore.

Ma prima di parlare d'operazione al malato, l'A. consiglia di praticare delle iniezioni endovenose di solfato di magnesia in soluzione ipertonica (da 1 a 4 iniezioni al giorno da 10-20 cc. al 20 %), di continuare per una quindicina di giorni il trattamento medico-dietetico e solo dopo trascorso tale periodo — se i sintomi persistono — spingere il malato a farsi operare.

(S. R. *Journal des Praticiens*, 2 sett. 1939).

S. F.

Sindrome emicranica emiparetica alternante.

I. B. Dynes (*The Brit. Medic. Journ.* 26 agosto 1939) descrive due casi, osservati in madre e figlia, di crisi emicraniche accompagnate da emiparesi dal lato opposto a quello cranico dolente. Nella madre i disturbi, che erano cominciati a 13 anni (mentre le mestruazioni erano cominciate a 16) cessarono a 46 anni dopo menopausa seguita ad applicazioni di radium per carcinoma uterino. Nella figlia le crisi erano accompagnate da delirio, confusione mentale e amnesia e furono beneficamente influenzate dall'ergotamina (tartrato di ergotamina mezzo milligrammo) usata all'inizio della crisi. La cura con preparato estrogeno è stata iniziata, ma ancora non se ne possono indicare i risultati.

L.

Granulomatosi maligna con localizzazioni vertebrali non riconosciute per lungo tempo.

A. Vendeuvre, A. Gerard e J. Nigoul (*Scalpel*, 8 luglio 1939) riferiscono un caso di una donna di 29 anni la quale presentava una sindrome dolorosa lombare che aveva portato alla diagnosi di m. di Pott; ma l'osservazione della presenza di parecchie ghiandole alle regioni inguinali aveva orientato gli Autori verso un morbo di Hodgkin confermato poi dalla biopsia di alcune di dette ghiandole. L'esame radiografico della colonna vertebrale mostrò gravi alterazioni di questa in corrispondenza dei corpi vertebrali con un rispetto quasi assoluto dei dischi intervertebrali.

Fu attuata la radioterapia che fece ben presto scomparire i dolori al rachide persistenti da due anni con notevole miglioramento dello stato generale. F. TOSTI.

Contributo alla terapia medica delle algie.

Angelo Sacchetti in *Minerva Medica* (7 luglio 1939) riferisce su una forma di terapia per combattere qualsiasi algia, consistente in iniezioni intradermiche di acqua distillata nella dose di 1 cc. nei tratti dolorosi, a distanza di 3-4 cm., in modo da formare localmente tumefazioni ponfoidi con zone rilevate a buccia d'arancia. Con questa terapia, già usata per primo da Jarricot nel 1932, l'A. ha trattato in due anni 168 casi ottenendo degli ottimi risultati. La scomparsa del dolore maggiormente pronta e definitiva si è ottenuta nelle nevralgie intercostali, nell'erpes zoster, nelle mialgie, ischialgie e nevralgie del plesso cervicobrachiale, nelle lombaggini, nelle nevralgie lombo-sacrali e in tutte le forme dolorose di reumatismo articolare acuto e di artrite cronica, in cui è stata sufficiente una sola iniezione; nelle nevralgie del trigemino occorrono invece 3-4 iniezioni alla distanza di 2-3 giorni.

L'A. esprime il parere che l'azione antidolorifica locale prodotta dal rimedio influenzi favorevolmente anche l'evoluzione dei fatti patologici in atto, col modificare ed equilibrare le disfunzioni neuro-vegetative e circolatorie; l'acqua distillata oltre a modificare il tono neuro-vegetativo, provocherebbe nel derma la formazione, oltre di sostanze istamino-simili, di altre reazioni chimiche e biochimiche capaci di agire sulle terminazioni nervose inibendo la sensibilità dolorifica. S. F.

Iniezioni spinali sotto aracnoidee di alcool assoluto per la cura del dolore.

La iniezione spinale sotto aracnoidea di alcool etilico assoluto per la cura del dolore può trovare indicazione in alcuni casi. Solo pazienti aventi malattie veramente incurabili possono essere sottoposti a questo procedimento terapeutico. Una analisi accuratissima delle vie nervose « conducenti il dolore » interessate per ciascun caso deve essere condotto prima di cercare di curare il dolore mediante queste iniezioni.

La posizione del paziente al momento della iniezione deve essere tale da non consentire all'alcool di venire a contatto colle radici dei nervi sacrali spinali. La quantità di alcool usata per ogni singola iniezione non deve mai superare i 2 centimetri cubi. Iniezioni di quantità di alcool inferiori a 1,5 cc. possono essere fatte senza preoccupazione di sorta.

Prima di ripetere l'iniezione bisogna studiare attentamente le modificazioni indotte dalla prima sui nervi motori, sensitivi e sugli sfinteri vescicali e rettali.

Sitts e Bronder (*Annals of Surgery*, n. 1, 1939). TOSATTI.

Il trattamento delle algie degli amputati.

A. Slioberg (*Soc. de thérapeutique*, 14 giugno 1939) ha trattato un centinaio di amputati, che presentavano delle algie, con la vitamina B, alla dose giornaliera di un cg. Tutti i fenomeni dolorosi migliorano rapidamente in una grande proporzione di casi e così pure subiscono miglioramenti i disturbi dello stato generale, che sono frequenti negli amputati che soffrono; all'esame locale, si rileva che il moncone è più caldo e la cianosi è diminuita. *fil.*

Il trattamento della corea.

E. Tramonti (*Clinica e terapeutica*, Sao Paulo, giugno 1939) dopo aver passato in rivista tutti i rimedi proposti per la corea, osserva che, tenuto conto dei rapporti di interdipendenza o di affinità fra il reumatismo e la corea e considerando i benefici che porta lo zolfo nel reumatismo articolare acuto, ritiene giustificato l'uso di tale medicamento, che si applica come piretoterapia. Egli ha usato un preparato in cui lo zolfo è sospeso in un recipiente oleoso, unitamente a canfora, anestesina e renaleptina. Pratica generalmente 10-12 iniezioni a distanza di 3 giorni l'una, incominciando con 2 cmc. ed aumentando cautamente secondo la reazione termica individuale (di cui l'optimum è il raggiungere il 39°) ed arrivando fino a 5 cmc. È opportuna la somministrazione anche di salicilato per bocca, o meglio, per clistere; se il paziente è agitato, somministrazione di preparati barbiturici.

In 25 casi così trattati, l'A. ha ottenuto risultati favorevoli; la durata della malattia si è ridotta a 40-45 giorni anche in casi particolarmente gravi; rarissime le complicazioni cardiache e le recidive. Dopo 6 mesi, si può *ad abundantiam* ripetere le iniezioni del preparato di zolfo e fare un trattamento arsenicale. *fil.*

L'insonnia del lattante.

S. R. nel *Journal des Praticiens* (2 sett. 1939) osserva che la causa dell'insonnia nei lattanti va ricercata in un disturbo della digestio-

ne. Consiglia di evitare qualsiasi ipnotico e sopratutto il gardénal; suggerisce l'uso dell'acqua di fiori di arancio, la valeriana, la passiflora. Consiglia di combattere la costipazione, di praticare bagni caldi mattina e sera, passeggiate giornaliere, calma e silenzio intorno al bambino. S. F.

La diagnosi e la cura della miastenia grave.

H. R. Viets e R. S. Schwab (*The Journ. of The Americ. Medic. Assoc.*, 12 agosto 1939) hanno fatto una relazione su 70 casi di miastenia grave curati all'Ospedale Generale di Massachusetts dal 1905 al 1939; 45 casi furono curati dal 1935 in poi, cioè da quando si cominciò a curare questa malattia colla prostigmina. Di questa essi somministrarono 20-25 pillole da 15 mg. ognuna al giorno.

Alcune sostanze aumentano l'efficacia della prostigmina, ma quella che è più efficace è l'efedrina.

Fu usata anche la guanidina, come indicato da Minot, a volte sola, a volte associata colla prostigmina.

Dei 45 malati curati dal 1935, 5 sono morti e sette hanno avuto remissione perfetta.

L.

Uso dell'idroclorato di guanidina nella cura della miastenia grave.

A. S. Minot, K. Dodd e S. S. Riven (*The Journ. of The Americ. Medic. Assoc.* 12 agosto 1939) hanno riferito su sette casi di miastenia grave curati coll'idroclorato di guanidina, qualche volta usando solo questo medicamento, qualche volta unendolo alla prostigmina. Il cloridrato di guanidina si usa per via orale o per via endovenosa, mai per via endomuscolare. Per via endovenosa si usa una soluzione al due per cento in soluzione fisiologica adoperando 10 mg. per chilo di peso.

L'uso della guanidina è stato consigliato partendo da queste premesse: l'acetilcolina ha una parte essenziale nella normale trasmissione degli impulsi nervosi ai muscoli scheletrici; la fisostigmina, come la prostigmina, inibisce la distruzione di acetilcolina da parte di un enzima (colinesterasi) normalmente presente nell'organismo; l'efficacia della prostigmina nella miastenia dimostra la partecipazione dell'acetilcolina nella trasmissione degli impulsi motori. Però non si ha nessuna prova che l'acetilcolina sia assente o distrutta più rapidamente del normale nella miastenia grave. Inoltre la guanidina aumenta la sensibilità del muscolo all'acetilcolina.

L'intossicazione sperimentale da guanidina dà iperirritabilità nervosa, tremori fibrillari, contrazioni convulsive, salivazione, vomito, diarrea, ipoglicemia. I disturbi tossici sono attenuati dal calcio e dall'atropina, che si adopereranno insieme alla guanidina nella terapia umana quando compaiono fenomeni tossici.

Il malato di miastenia sopporta dosi elevate di guanidina senza disturbi. L.

Miopatia cronica tossica guarita colla tiroidectomia.

L'associazione del m. di Graves con uno stato che somiglia all'atrofia muscolare progressiva porta il nome di miopatia cronica tireotossica di Brain.

F. B. Parsons e R. J. Trosof (*Lancet* 17 giugno 1939) ne descrivono un caso. Si trattava di un uomo di 50 anni che si lamentava di disfagia e di debolezza progressiva. Egli presentava obbiettivamente atrofia muscolare notevole, tremore delle mani protese, tachicardia, retrazione palpebrale, metabolismo basale alto (+ 54), non aumento di volume della tiroide. Fu fatta la tiroidectomia parziale. L'esame istologico della tiroide dimostrò le alterazioni caratteristiche della tireotossicosi. Il malato guarì dopo un periodo postoperativo burrascoso per polmonite e successivo ascesso polmonare. Il malato tornò ad un metabolismo basale normale (+ 1), aumentò di peso, riacquistò le forze e ritornò al lavoro entro tre mesi dall'intervento. L.

LABORATORIO

Influenza degli anticoagulanti sul dosaggio degli elementi del sangue.

V. Chorine (*Annales de l'Institut Pasteur*, settembre 1939), dopo alcuni cenni storici sulla scoperta degli anticoagulanti in uso, osserva che oggi è di pratica comune in tutti i laboratori l'aggiunta di anticoagulanti in polvere per il dosaggio dei proteidi del plasma.

Le lunghe serie di esperienze praticate e riportate in questo lavoro permettono all'A. di asserire: 1) che tutti gli anticoagulanti in polvere utilizzati provocano una diminuzione del tasso dei proteidi del plasma, diminuzione che è in funzione della quantità di anticoagulante aggiunto; 2) a dei tassi uguali di anticoagulanti sangui di differenti specie ed anche di una stessa specie non rispondono identicamente; 3) i risultati restano gli stessi se si utilizzano soluzioni ipertoniche di anticoagulanti; 4) la diminuzione del tasso dei proteidi non è dovuta ad una precipitazione di questi per gli anticoagulanti; 5) le modificazioni della concentrazione molecolare del plasma reggono gli scambi d'acqua fra plasma e globuli; 6) gli errori dei dosaggi variano anche secondo l'anticoagulante impiegato: l'errore può essere lieve con anticoagulanti potenti che agiscono a dosi minime, esso diviene importante con il citrato di sodio e ancor più con l'ossalato di po-

tassio o il floruro di sodio che agiscono a dosi relativamente alte.

L'A. conclude affermando che è necessario modificare metodi correnti del dosaggio dei proteidi del plasma attenendosi alle regole seguenti:

— il dosaggio del plasma fresco o del plasma eparinato permettono di valutare la quantità di proteine per unità di volume del plasma.

— i risultati ottenuti con il dosaggio dei proteidi d'un plasma addizionato di anticoagulante in polvere o in soluzione non si applicano esattamente che al volume del sangue totale. Dal punto di vista fisiologico è altrettanto importante conoscere il valore dei proteidi nel sangue che in una unità di volume del plasma.

S. F.

MEDICINA SCIENTIFICA

Come agiscono i fermenti lattici.

La pratica ha sanzionato l'efficacia curativa dei fermenti lattici; ma non ne era chiarito il meccanismo d'azione. In primo tempo si era supposto che attecchissero nell'intestino e si sostituissero ai batteri della putrefazione; ma ricerche di Pergher avevano dimostrato che i fermenti lattici non superano la barriera gastrica: il succo gastrico li uccide. Ora V. Puntoni (*Ann. d'Ig.*, agosto 1939) ci ha dato una spiegazione soddisfacente: i batteri lattici elaborano della vitamina B_2 (lattoflavina, riboflavina) ed è questa che esercita l'azione benefica. In tali condizioni i batteri lattici agiscono, quantunque nello stomaco vengano uccisi ed anche se ingeriti già morti. Questo rilievo interferisce con la modalità di controllo dei preparati lattici.

M. P.

VARIA

Fecondazione artificiale

Un caso veramente straordinario di fecondazione viene esposto dal dott. Frances I. Seymour, di New York, in *Journ. Amer. Med. Assoc.*, 16 maggio 1939.

I coniugi K., sposi da 11 anni, non avevano figli, ma li desideravano.

Nello sperma si trovarono 94 milioni di spermatozoi per cc.; erano mobilissimi e mantenevano la mobilità per 18 ore; la proporzione delle forme anormali era solo di 3 %. Negli organi riproduttivi della donna nulla di anormale.

Il sig. K. è professore d'università; può essere classificato nella categoria dei genî; le sue prove d'intelligenza dettero 140. La moglie è laureata e coopera nelle attività scientifiche e didattiche del marito. Queste attività sono assorbenti, di modo che i due coniugi conducono vita piuttosto ritirata; praticano solo un po' di tennis.

Dietro consiglio del loro medico, si erano sottoposti a varie cure: cibi ricchi di vitamine, di fosforo, cibi piccanti, raggi U. V., ormoni; cambiarono ambiente: si recarono per 3 mesi in Inghilterra, in condizioni di tranquillità; ma tutto inutilmente.

Consenzienti i due coniugi, il dott. Seymour decise che, qualora si fossero avute delle volontarie, avrebbe praticato in esse la fecondazione artificiale con lo sperma del prof. K.

Le volontarie non mancarono: anzi, raggiunsero il numero di 16, tutte coniugate, tutte desiderose di avere figli, ma che non riuscivano ad averne; si dichiararono disposte a ricevere lo sperma di K., malgrado in alcuni casi egli fosse di nazionalità e di religione diversa dai loro mariti. In nessuna si ottenne la fecondazione, e neppure nella signora K, in cui pure si tentò la fecondazione artificiale.

Le partecipanti all'esperimento si sottoposero, poi, tutte ad un un altro tentativo di fecondazione, con lo sperma di un uomo pure d'intelligenza superiore — indice 120 — e che aveva due figli; la moglie, una laureata, del tutto spregiudicata, fu d'accordo. Anche la sig.ra K., consenziente il marito, si sottopose all'esperimento. Le fecondazioni furono operate il 6°, 10°, 12° e 14° giorno del periodo intermestruale, cioè in epoca considerata come feconda: 14 volontarie divennero gestanti, compresa la sig.ra K. Nelle altre 3 si suppose che il periodo fecondo fosse anticipato; la fecondazione fu tentata al 2°, 4° e 5° giorno, e anch'esse divennero gestanti.

Questo esperimento solleva vari problemi, in parte prospettati in un articolo redattoriale pubblicato nello stesso numero del giornale: così i criteri per giudicare l'attività fecondante degli spermatozoi; la legittimità della prole avuta per fecondazione artificiale con sperma non appartenente al coniuge; la possibilità di azioni giudiziarie da parte degli eredi.

(Da « L'Attual. Med. »).

L. V.

FORMULARIO.

Per la cura sclerosante delle varici.

Wirth (*Med. Klinik*, 1039, n. 10) consiglia la seguente soluzione, che non dà dolori:

Novocaina	g.	1
Fenolo liquefatto	»	0,5
Urea purissima	»	30
Acqua dist. q. b. per fare 100 g.		

La soluzione non provoca dolori; si inietta, tenendo il paziente in piedi, incominciando con le varici della regione del ginocchio

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

Organo coordinatore dell'assistenza per malattia.

Si è riunito, sotto la presidenza del Duce, il Comitato Corporativo Centrale. Erano presenti quasi tutti i Ministri e i Sottosegretari di Stato, i vice presidenti delle Corporazioni e i presidenti delle Confederazioni fasciste dei datori di lavoro, dei lavoratori, dei professionisti ed artisti, dell'Ente Nazionale Fascista della Cooperazione. Erano stati invitati i Presidenti delle Consulte Coloniali Corporative dell'Africa Italiana, i Presidenti della Federazione Nazionale Fascista Casse Mutue Lavoratori dell'Industria e dell'Agricoltura, il Presidente della Cassa Nazionale Malattie addetti al Commercio, il Segretario del Sindacato Nazionale Fascista dei Medici e il Commissario Generale per le fabbricazioni di guerra.

Si è avviata la discussione sui problemi relativi all'assistenza malattia ai lavoratori dei vari settori produttivi.

La relazione predisposta dal Ministero delle Corporazioni, è stata ampiamente illustrata dal Sottosegretario Cianetti con la citazione degli imponenti dati riguardanti l'assistenza malattie già in atto: 8.977.486 assistiti fra industria, agricoltura, commercio e credito di cui 2.340.000 familiari delle categorie agricoltura e credito.

Quando l'estensione dell'assistenza ai familiari sarà estesa a tutti i settori si raggiungeranno circa i 12 milioni e mezzo di assistiti, mentre i contributi saliranno verso il miliardo.

Le indennità di malattia nel 1938 sono state di oltre 138 milioni e mezzo di lire, mentre le prestazioni sanitarie sempre in aumento hanno raggiunto nello stesso anno il cospicuo numero di 10 milioni con un costo di oltre 165 milioni di lire.

Tali prestazioni mediche sono fornite nel campo dell'industria da ben 13.972 medici e da 378 nel campo del commercio e del credito, mentre in agricoltura tutti i medici condotti sono impegnati in tale servizio.

Gli ambulatori nel solo settore dell'industria sono 379 ed altri 137 sono in preparazione.

Riassumendo il vasto quadro degli enti e delle provvidenze esistenti nei vari campi di produzione, il Sottosegretario ha esposto i principii fondamentali e le direttive di massima, in base ai quali si ritiene opportuno un coordinamento, allo scopo di meglio utilizzare l'attrezzamento esistente, di armonizzare l'attività assistenziale nel campo della malattia con l'attività degli istituti operanti nel settore infortuni e previdenza sociale, e con i compiti e l'azione svolta nel campo sanitario dai comuni, dalle provincie e dallo Stato.

Il Presidente della Confederazione Professionisti ed Artisti Angelini ed il Segretario del Sindacato Nazionale Medici Bastianelli hanno fatto alcune osservazioni, ponendo in rilievo le funzioni dei medici nello sviluppo dell'assistenza e facendo alcune proposte in merito al coordinamento dei maggiori enti assistenziali di malattia.

I Presidenti confederali Angelini e Capoferri hanno parlato illustrando l'opportunità del proposto coordinamento dei rispettivi settori quando esso sia fatto in stretto contatto con le associazioni sindacali.

Successivamente il camerata Landi ha auspicato il coordinamento studiato dal Ministero delle Corporazioni e i camerati Molfino e Del Giudice hanno richiamato l'attenzione del Comitato sulla attività assistenziale nel loro settore e sulla necessità che ad esse sia conservata speciale fisionomia.

Anche il Sottosegretario agli Interni Buffarini ha affermato la necessità del coordinamento, ed ha proposto che si demandi ai Ministeri ed alle Confederazioni competenti di studiarne l'attuazione.

Il Ministro delle Corporazioni ha precisato alcuni punti toccati dai precedenti oratori ed ha dichiarato che da rilievi e studi compiuti dal Ministero delle Corporazioni, il costo dell'assistenza malattia in Italia è minore di quello delle altre grandi Nazioni.

Dopo alcuni chiarimenti forniti dal Sottosegretario Cianetti, è approvata la seguente mozione:

Il Comitato Corporativo Centrale considerato che il postulato della assicurazione generale contro tutte le malattie contenuta nella dichiarazione XXVII della Carta del Lavoro è stato ormai pienamente realizzato col funzionamento delle Casse Mutue di malattia e degli altri Enti di assistenza malattia, costituiti dalle Associazioni sindacali, come manifestazione concreta e pratica dello spirito di solidarietà che anima le categorie produttive; mentre dà atto alle associazioni sindacali degli ottimi risultati raggiunti dalla loro iniziativa e grazie alla loro attività che anche in questo particolare settore si è dimostrata improntata al comandamento del Duce di raggiungere una più alta giustizia sociale; auspica che: sia attuata una disciplina unitaria dell'assistenza malattia mediante la creazione di un apposito organo coordinatore di tutte le attività esistenti mantenendo le attuali distinzioni professionai in modo da assicurare la massima aderenza alle reali e particolari esigenze di ciascuna categoria di lavoratori; e che sia demandato al Ministero delle Corporazioni di intesa con i Ministeri dell'Interno e delle Finanze e delle competenti associazioni sindacali e sanitarie lo studio di un progetto completo.

Il Sottosegretario Cianetti ha poi esposti al Comitato Corporativo Centrale lo schema proposto dal Ministro dell'Africa Italiana per la creazione di un istituto fascista per l'assistenza malattie nelle terre d'oltremare. Il Sottosegretario al Ministero dell'Africa Italiana ha illustrato la portata del provvedimento sul quale hanno preso la parola i consiglieri nazionali Del Giudice, Angelini, Di Crollalanza, Bonfatti, il sen. Bastianelli e il Ministro dei Lavori Pubblici.

Il Comitato Corporativo Centrale ha dato parere favorevole di massima.

Successivamente si è passati all'esame della riforma della mutualità volontaria, sulla quale hanno parlato il Sottosegretario Cianetti e il Presidente dell'Ente Nazionale Fascista della Cooperazione.

Il Comitato Corporativo Centrale ha approvato le conclusioni della relazione in base alle quali il Ministero delle Corporazioni predisporrà un provvedimento di legge che stabilisca e delimiti il campo entro cui può continuare a sussistere la mutualità volontaria, con opportune norme transitore per le società di mutuo soccorso esistenti.

Il Ministro Lantini ha poi portato all'esame del Comitato Corporativo Centrale varie proposte di inquadramento di enti economici di diritto pubblico.

CONCORSI.

Posti vacanti.

PESCARA. *Consorzio Prov. antituberc.* — Medico aiuto del Dispensario prov.; titoli ed esami; stip. L. 12.000 e 2 quadrienni di L. 1000, indenn. serv. att. L. 1200. Scad. ore 17 dell'11 dic. Chiedere copia del bando. Rivolgersi alla Segreteria.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico direttore della Sez. dispensariale di Melfi; L. 8000; età limite 40 a.; titoli ed esami. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 2.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — È aperto il concorso per titoli scientifici e pratici ad uno dei due posti di Medico di Sezione presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Scadenza ore dodici del 30 dicembre 1939-XVIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

Il Preside: BUSCA.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi sotto il titolo di Sant'Andrea.* — Medico aiuto nella Sezione gen. medica; id. nella Sezione gen. chirurgica. Scad. ore 18 del 9 nov.

Borse di Studio.

Con D. M. 1° ottobre è prorogato al 30 novembre 1939-XVIII il termine per la presentazione delle domande e dei relativi documenti per l'ammissione al concorso pel conferimento di n. 10 borse di studio per tirocinio di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e n. 10 borse di studio per tirocinio di addestramento nella lotta contro i tumori maligni, di cui al Decreto ministeriale del 19 giugno u. s., pubblicato nella « Gazzetta Ufficiale » del 21 luglio u. s., n. 169.

La R. Università di Pisa ha indetto i concorsi per: 1) un posto di perfezionamento « Antonio Ceci » nell'Istituto di Clinica chirurgica, con obbligo di frequenza per due anni a partire dall'1 novembre 1939-XVII; assegno annuo di L. 2500; 2) un posto di perfezionamento « Giuseppe Guarnieri », nell'Istituto di patologia generale, per l'anno scolastico 1939-40; assegno di L. 3000.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Nuovi Senatori.

Sono stati elevati alla dignità del laticlavio due rappresentanti della medicina italiana, appartenenti alla Facoltà di medicina e chirurgia della R. Università di Roma: il prof. Giovanni Perez, ordinario di patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica e preside della Facoltà; il prof. Amedeo Perna, ordinario di Clinica odontoiatrica e direttore dell'Istituto superiore di odontoiatria.

Ce ne rallegriamo vivamente con i due insigni sanitari.

Il Nuovo Consiglio Direttivo Centrale della Lega Italiana per la lotta contro i tumori è composto dai seguenti professori: Bastianelli R., Bertolotti M., Cappelli J., Cortese F., Ferrannini L., Ferrata A., Gaifami P., Gallenga P., Paolucci R., Pepere A., Rondoni P., Uffredduzzi O.

Membri di diritto: prof. Pecori (P.N.F.), S. E. Petragnani (Direz. Gener. Sanità Pubblica), prof. Salotti (Sindac. Naz. Fasc. Medici).

In seguito alla nomina dei Membri del nuovo Consiglio, le cariche degli uffici di Presidenza sono le seguenti: Presidente: sen. prof. Raffaele Bastianelli; Vice Presidenti: S. E. Piero Rondoni, prof. Paolo Gaifami; Segretario Generale: prof. Pietro Gallenga.

RICOMPENSE AL VALOR MILITARE.

Il sottotenente medico Di Ciccio Raffaele di Cesare da Francavilla al Mare e volontario in O.M.S. nell'eroica Divisione « Littorio » è stato decorato di medaglia d'argento al valore militare con la seguente motivazione:

« Ufficiale medico di un battaglione di primo scaglione, fortemente impegnato in combattimento disimpegnava la sua opera con calma e coraggio. In primissima linea, sprezzante di ogni pericolo, curava i feriti e più di una volta, incurante dell'intenso fuoco nemico, usciva allo scoperto per soccorrere feriti che nella lotta erano rimasti tra le linee nostre e quelle nemiche. Bella figura di medico-soldato, che destò l'ammirazione di tutti, per la calma, il coraggio e lo sprezzo del pericolo. (Km. 18 strada di Torredevilla 19-20 marzo 1938-XVI) ».

Al dott. Alfonso D'Avino, dell'Ospedale Ascalesi di Napoli, è stata concessa la medaglia di bronzo al valor militare sul campo, con la seguente motivazione:

« Capo del servizio sanitario di una Brigata Nazionale si distinse per la sua capacità organizzativa, intelligenza e valore personale, esercitando la sua missione di medico presso i battaglioni più avanzati.

« Nel settore di Esparraguerra, essendo venuto a conoscenza che alcuni elementi civili e militari erano feriti nell'operazione di rastrellamento contro un forte nucleo nemico che poneva il panico nella popolazione, accorse prontamente al luogo molto battuto dalle armi avversarie per compiere la sua missione.

« Esempio di abnegazione e sprezzo del pericolo.

« Catalogna - Esparraguerra, gennaio-febbraio 1939-XVII ».

NOTIZIE DIVERSE

Per un centro internazionale della Croce Rossa al Lussemburgo.

L'Agenzia Stefani ha da Bruxelles:

« Secondo le proposte della Croce Rossa lussemburghese, la stazione radio del Lussemburgo sarà quanto prima rimessa in servizio e le sue emissioni dovrebbero servire principalmente a informare le famiglie delle condizioni dei combattenti.

Si apprende inoltre che l'America finanzierebbe con somme considerevoli un progetto inteso a creare nel Lussemburgo il grande centro della Croce Rossa Internazionale, dove dovrebbero essere spedalizzati feriti di tutte le nazioni belligeranti. Il Ministro degli esteri lussemburghese ha iniziato trattative con la Francia e la Germania per ottenerne l'assenso a questa opera umanitaria ».

Per le automobili dei medici.

Il Sindacato dei medici di Milano ha distribuito ai medici autorizzati alla libera circolazione in auto per la necessità della loro professione uno speciale distintivo da apporre sul cristallo della macchina, con il nome del medico nel fregio della croce.

L'opportunità di questa iniziativa deriva dalle esigenze di circolazione dei medici, diverse da quelle di altre categorie autorizzate alla circolazione: esse potrebbero far credere, per il periodo di sosta e per la speciale ubicazione della vettura, che questa non sia destinata all'uso per il quale si è concessa la libera circolazione.

In onore del patrono dei medici.

A Milano, nella chiesa di San Marco, è stato benedetto dall'arcivescovo cardinale Schuster un quadro dipinto e donato dal dott. Enrico Less, raffigurante San Luca Evangelista, patrono dei medici e in particolare dei medici artisti.

A presenziare la sacra cerimonia, durante la quale il cardinale ha pronunciato un breve discorso di circostanza, erano moltissimi sanitari ed artisti con le rispettive famiglie. Fra le molte personalità erano il rettore dell'Università prof. Pepere, il prof. Baslini, i rappresentanti della Sanità militare e il prof. Prassitele Piccinini, presidente onorario dell'Associazione medici italiani artisti, il quale per l'occasione ha documentato, in un accurato studio, gli ideali patriottici della Associazione.

Azioni giudiziarie.

Tale Anita Giudici, ricoverata al Policlinico Umberto I di Roma perchè affetta da pielocistite, fu sottoposta ad iniezioni endovenose di tetraiodofenolftaleina per meglio subire l'esame radioscopico; ma il preparato non era immesso nelle vene, tanto da causarle una grave incapacità ad attendere al suo mestiere di sarta, dal quale unicamente traeva il mezzo di sussistenza per sè e per la madre ottantenne.

Dopo un procedimento penale chiusosi per amnistia, la Giudici promuoveva giudizio civile per risarcimento di danni, ed il Tribunale accoglieva le tesi da essa proposte, sottoponendo la paz. ad esame peritale per accertare l'ammontare del danno subito.

Contro questa sentenza proponeva appello il Pio Istituto degli Ospedali Riuniti, sostenendo che trattavasi tutt'al più di errore professionale scusabile e che in ogni caso doveva ritenersi inammissibile l'azione perchè tra il detto Ente ed i medici che vi prestano la loro opera non esiste quello strettissimo vincolo che solo permette di far ritenere come atto del primo quello compiuto dai sanitari, conservando costoro la qualità di liberi professionisti.

La Corte d'appello invece ha affermato il principio che anche alla prestazione del servizio sanitario nei pubblici ospedali vanno applicate le norme della responsabilità della pubblica amministrazione per la colposa attuazione del pubblico servizio, ove ne derivi danno alla integrità fisica del privato, cui il servizio viene prestato.

L'odontoiatra Giacomo Provera di Torino è stato rinviato al giudizio del Pretore per esercizio abusivo della professione durante un periodo di parecchi anni. Il Provera è stato diplomato nel 1913 alla scuola dentaria di Parigi, ha esercitato la professione in forza di tale diploma in Francia ed in Grecia fino a quando nel 1915 fu richiamato in Italia durante la guerra come ufficiale dell'esercito. Dal 1919 al 1925 esercitò in Torino, egli sostiene, in base ad un decreto luogotenenziale, per cui i cittadini italiani rimpatriati dall'estero in conseguenza della guerra e muniti di diplomi esteri potevano esercitare la loro professione in Italia. Più tardi partecipò alla guerra in Africa Orientale e congedato riprese la professione, quando arrivò la diffida. La Prefettura e il Sindacato dei Medici affermano che il diploma della scuola di Parigi non abilita all'esercizio della professione in Italia e che il Provera non è neppure iscritto all'albo transitorio degli odontoiatri. Il processo è stato rinviato.

Tra le pubblicazioni.

La serie di pubblicazioni scientifiche edite a cura della Soc. An. Galenica Milanese, che tanto favorevole accoglienza ha riscosso fin dalla pubblicazione del primo fascicolo sull'« Arteriosclerosi », si è arricchita recentemente di due interessanti monografie.

Una sulla « Pubertà femminile » che, quando anche si svolga nelle condizioni più normali, deve essere strettamente vigilata dai familiari e dal medico. Riconoscerne poi precocemente ed esattamente le irregolarità significa non soltanto, in molti casi, salvare una giovane vita ma prepararla al grande compito che la Natura ha assegnato alla Donna: quello della Maternità. Tenendo presenti le cure amorose che il Regime Fascista presta alla gioventù femminile della Patria, ci si rende conto dell'importanza sociale del problema.

L'altra dal titolo « Trauma degli sportivi », riporta succintamente le moderne tesi svolte nel Congresso di Medicina dello Sport a Genova nell'ottobre 1938, e passa in rassegna la traumatologia e l'infortunistica di tutti gli sport, a seconda delle regioni degli organi e tessuti. (Termina citando l'indirizzo che deve seguire di guida, la circolare del « Coni-Fimsi »). Interessa veramente il campo medico in generale e i medici sportivi in particolare per l'utilità pratica che rappresenta e li mantiene al corrente del progresso scientifico e delle direttive del Regime.

Un po' dovunque.

La Società medico-chirurgica bergamasca si è adunata l'8 luglio, sotto la presidenza del prof. S. Lussana. Sono state fatte comunicazioni da:

S. Minelli, L. Galeazzi (due comunicaz.), S. Lussana.

Il 19 giugno 1939 venne firmato a Roma un accordo per il quale i laureati in medicina italiani sono autorizzati ad esercitare la professione nel Belgio, e reciprocamente i laureati belgi sono autorizzati all'esercizio professionale in Italia.

Un corso complementare d'igiene pratica si svolgerà nel R. Istituto d'igiene di Pisa, dal 20 novembre al 20 gennaio; modalità consuete. Tasse L. 300.

La Sezione Emiliana della Società Italiana di gastro-enterologia e la Società Emiliano-Romagnola di chirurgia hanno tenuto una seduta in comune a Rimini, il 20 agosto, sotto la presidenza dei proff. Forni e Gamberini. Sono state fatte comunicazioni da U. De Castro (Forlì), A. Sega (Rimini), G. Azzolini e T. Grossi (Bologna), B. Cavaltorti (Bologna), C. Gamberini (Bologna), P. Emiliani (Dovadola), S. Zanetti (Bologna), G. Fedriga (Crevalcore).

Dei 38.000 medici tedeschi ve ne sono circa un terzo sotto le armi; dai rimanenti si è prelevata una riserva di oltre 1200 medici, per inviarli dove se ne è dimostrata speciale necessità e sovrattutto a Danzica, nella Prussia Orientale, a Kassowitz e nella Slesia, cioè nelle zone che sono state più coinvolte nella guerra con la Polonia. Vengono utilizzati anche gli studenti praticanti e gli studenti che hanno compiuto 4 semestri clinici, assumendoli come assistenti negli istituti di cura. Si sono chiamate in servizio molte medichesse maritate, che avevano abbandonata la professione. In Polonia si sono mandati molti funzionari medici per la lotta contro le epidemie.

Nel comune di Torre Santa Maria (Sondrio) si sono verificati dieci casi di intossicazione per ingestione di carni insaccate.

Il dott. Aristide Biassoni, medico condotto di Udine, è rimasto ucciso in un incidente automobilistico. Nella sua macchina egli andava a portare soccorso a due feriti, per un incidente motociclistico; a Tricesimo venne fermato dalla Milizia della strada, per il controllo; disceso per esibire i documenti, veniva investito da un autocarro, sopraggiunto a forte velocità. Il decesso è avvenuto nell'Ospedale di Udine.

A Rybnitz, in Polonia, sorge un grande ospedale psichiatrico, con circa mille ricoverati; v'è annessa un'azienda agricola. Prima dell'ingresso delle truppe tedesche nella cittadina, il direttore dell'ospedale dott. Wiedlocha e gli altri medici addetti si allontanarono, portando con sè le casse, il bestiame e molto materiale agricolo. Gl'infermieri e le infermiere hanno potuto mantenere l'ordine.

Negli ospedali di Londra sono stati apprestati 200.000 letti per gli eventuali feriti e gassati dall'arma aerea.

In Inghilterra innumerevoli autocarri sono stati trasformati in autoambulanze; si sono anche predisposti molti treni sanitari per l'evacuazione dei feriti.

A Edimburgo gli ospedali civili sono stati evacuati e messi a disposizione dei feriti di guerra. I malati vengono ospedalizzati nelle case di convalescenza e in istituzioni d'assistenza pubblica.

Nelle Università inglesi gli studenti non mobilitabili hanno costituito squadre di pompieri, così da permettere ai vigili del fuoco di rispondere alla chiamata sotto le armi.

L'Università di Londra ha trasferito la sua sede nel Surrey, a Englefield Green, allogandosi nel « Royal College Holloway »; gli studenti della « St. Mary's Hospital School » sono stati trasferiti a Manchester; l'« University College » si è trasferito nel paese di Galles, a Eberystwytz.

Il Governo inglese ha provveduto ad una larga distribuzione di medici nelle campagne, per assicurare l'assistenza agli eventuali colpiti dall'arma aerea. Nelle città si avverte ora deficienza di medici, per questo motivo e per le chiamate in servizio militare. I medici rimasti nelle città hanno ha svolgere un lavoro intensissimo. Al tempo stesso molti medici spostati dalle loro sedi urbane nelle campagne temono la perdita della loro clientela.

Si avverte molta deficienza di medici negli ospedali di Londra.

L'Istituto di Medicina tropicale « Principe Leopoldo » del Belgio è stato, con decreto del Ministro delle colonie, assimilato ai servizi pubblici; in caso di mobilitazione, il suo personale dovrà essere fornito di libretto di mobilitazione civile.

La Regina del Belgio ha visitato varie formazioni sanitarie del Lussemburgo e della Fiandra occidentale, tra cui, a Bruges, l'ospedale San Giovanni e l'ospedale militare.

Il Re del Belgio ha visitato vari ospedali.

Si è iniziata la pubblicazione della rivista « Medicina della Razza », a cura degli Istituti sanitari della Provincia di Lucca, con la direzione del prof. Giacomo Bianchi.

In un quotidiano belga è comparso l'annunzio: « Guaritore ritornato dalla Francia cerca medico collaboratore », il che ha determinato una viva protesta nel « Bruxelles-médical » dell'1 ottobre.

Il Tribunale di Firenze ha condannato il dott. Adriano Visani a 1000 lire di multa, con i benefizi di legge, per omissione e rifiuto di atti del suo ufficio, essendosi rifiutato di visitare, quale medico di una Mutua, un infermo in condizioni gravi.

La presidenza dell'Opera nazionale maternità e infanzia ha tributato un encomio all'infermiera Serafina Tirelli di Roma, che durante la notte del 2 ottobre accompagnava alla Maternità della Garbatella la popolana Maria Giammei, la quale veniva colta dai dolori del parto durante il percorso. Constatate l'imminenza dell'evento e l'impossibilità di trasportare la gestante alla Maternità per ragioni di distanza, la Tirelli si accingeva sotto la pioggia ad assistere nella strada stessa al parto che non si presentava normale. Ed essendo nata una bambina alquanto asfittica, ella provvedeva sul luogo al battesimo. Subito dopo la puerpera e la neonata furono trasportate a braccia in una sala della Maternità.

Indice alfabetico per materie.

Angina pectoris: elettroterapia . . . . *pag.* 1913
Appendicite: problemi . . . . » 1904
Bibliografia . . . . » 1911
Cancro dell'apparato diger.: patogenesi e profilassi . . . . » 1901
Colostomia « defunzionalizzante » secondo Devine . . . . » 1904
Corea: trattamento . . . . » 1917
Corpi estranei nell'ipofaringe e nell'esofago . . . . » 1913
Dolore: cura . . . . » 1917
Emorroidi e loro complicazioni: trattamento . . . . » 1907
Encefalo: localizzazione delle lesioni . » 1914
Ferite: trattamento . . . . » 1908
Fermenti lattici: come agiscono . . . » 1919
Idropionefrosi a patogenesi rare . . . » 1913
Insonnia del lattante . . . . » 1917
Ipertensione arter.: elementi patogenetici . . . . » 1913
Malattia di Buerger: forma cerebrale . » 1914
Miastenia grave: diagnosi e trattamento . . . . *pag.* 1918
Miopatia cronica tossica guarita con la tiroidectomia . . . . » 1918
Granulomatosi maligna con localizzazioni vertebrali . . . . » 1917
Paracadute: lesioni e disturbi organici da — . . . . » 1909
Paraplegia spastica tipo Little: intervento di Antonucci . . . . » 1897
Pilorospasmo: riconoscim. e cura . . » 1903
Portatori di bacilli difterici: sterilizzazione . . . . » 1895
Sangue: dosaggi: influenza degli anticoagulanti . . . . » 1918
Sindrome emicranica emiparetica alternante . . . . » 1914
Tumore cerebrale e ipertensione intracranica . . . . » 1914
Tumore del collo della vescica . . . . » 1913
Tumori del corpo calloso . . . . . . » 1913
Ulcera gastrica sperim. . . . . » 1913
Varici: cura sclerosante . . . . » 1919

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 6 Novembre 1939 - XVIII Num. 45

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Sabatini: Sull'azione sedativa del Centranthus ruber.
Note e contributi: M. Rastelli. La terapia bismutica nelle angine e nelle infezioni a probabile punto d'ingresso tonsillare.
Osservazioni cliniche: M. Ferrara: Cisti ematica del surrene sinistro e ipertensione arteriosa. Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche.
Sunti e rassegne: MANIFESTAZIONI EMORRAGICHE: J. Roskam: Stati emorragipari minimi e latenti. Classificazione e accorgimenti diagnostici. — G. Sanarelli: L'allergia salivare emorragica. — ORMONI: P. Grunbracht e A. Loeser: Basi della ormono-terapia. Le sostanze tiroidee nei disturbi mestruali.
Cenni bibliografici.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Cardite reumatica nei paesi caldi. — Contro la tubercolosi articolare reumatoide di Kienböch. — Reumatismo cervicale cronico a forma disfagica. — Nefrite familiare. — L'esplorazione funzionale del midollo osseo nelle nefriti. — Trattamento preventivo della litiasi urica. — LABORATORIO: Modalità della presa del sangue ed errori nella determinazione dell'alcool nel sangue secondo Widmark. — MEDICINA SCIENTIFICA: Ricerche sperimentali sulla sieroterapia della poliomielite. — VARIA.
Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Rassegna della stampa medica.
Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI GENOVA
diretto dal prof. G. SABATINI.

Sull'azione sedativa del Centranthus ruber.

Prof. G. SABATINI, direttore.

Nel Centro di Studi da me istituito presso la Clinica Medica Generale per riprendere, con criteri moderni, gli studi di Fitoterapia sono stati preparati su mia indicazione dal dott. Camillo Gibelli, medico addetto a indagini fitoterapiche, estratti di piante medicinali, che vegetano nel nostro paese e nelle terre dell'Impero, coll'intento di stabilire quali di esse presentassero un'attività terapeutica tale da poter sostituire vantaggiosamente i prodotti terapeutici ottenuti da piante attualmente importate.

Fra tali preparati intendo segnalare, poichè rispondono a molti requisiti, i derivati della radice del *Centranthus ruber*, pianta spontanea abbondante in Liguria, la quale ha nei suoi estratti intenso odore di acido valerianico e ha dimostrato di esplicare effettivamente sul sistema nervoso una azione molto simile a quella della valeriana.

Dopo rigoroso studio farmacologico, le sue preparazioni fitoterapiche, (tinture ed estratti liquidi o secchi ottenuti in relativamente piccola quantità nei laboratori di questo Centro) sono state sottoposte a saggi clinici sugli infermi allo scopo di provarne la tolleranza e stabilire l'attività terapeutica.

Le prove sono state eseguite nelle corsie della Clinica su un numero di infermi assai vasto, data la frequente indicazione in terapia di una medicazione blandamente sedativa e data la larga casistica di cui dispone la Clinica. Le conclusioni, che qui riportiamo, si basano sulle osservazioni fatte su circa 80 ammalati ai quali il preparato è stato somministrato giornalmente per periodi di tempo varianti da un minimo di 15 giorni ad un massimo di 2 mesi.

Non faccio per ora una esposizione dettagliata nè della farmacologia nè della casistica: mi limito a segnalare solo che il preparato vegetale è stato somministrato a quei soggetti, nei quali presentavasi l'indicazione della terapia valerianica e cioè nelle forme di istero-neurastenia, nelle insonnie (non gravi), nelle nevrosi tachicardiche, nelle manifestazioni dolorose precordiali delle nevrosiche, negli stati spastici del tubo gastroenterico su base pu-

ramente funzionale (specialmente stipsi spastica con lievi manifestazioni dolorose addominali).

Dalle numerose osservazioni eseguite abbiamo potuto trarre le seguenti conclusioni riassuntive:

1) il *Centranthus ruber* possiede un'azione sedativa almeno uguale a quella della valeriana, come è provato dalla osservazione clinica diretta;

2) soggetti preventivamente trattati con valeriana hanno tratto uguale giovamento dal successivo trattamento con *Centranthus;*

3) il *Centranthus* è ben tollerato sia sotto forma di sciroppo che sotto forma di compresse, per quanto sia preferita quest'ultima confezione;

4) somministrato giornalmente alla dose di 4 compresse corrispondenti ognuna a circa gr. 0,25 di pianta fresca o di gr. 20 di sciroppo (1/3 di succo fresco e 2/3 di zucchero) per la durata di due mesi non diminuisce la sua attività terapeutica, non dà cioè luogo ad assuefazione;

5) dosi di gran lunga superiori a quelle indicate, somministrate anche a lungo, non hanno dato manifestazioni spiacevoli;

6) il *Centranthus ruber*, pianta indigena di larga e facile raccolta, può con le sue preparazioni galeniche sostituire vantaggiosamente la valeriana, della quale manifesta la stessa azione terapeutica mentre riesce più accetto agli ammalati poichè a differenza della valeriana, non ha odore così fortemente sgravevole.

In un prossimo lavoro, in collaborazione, sarà fatto per esteso uno studio di questa pianta e delle sue applicazioni terapeutiche.

RIASSUNTO.

L'A. segnala l'azione terapeutica sedativa e antispasmodica del *Centranthus ruber*, pianta indigena spontanea, ad azione simile, e sotto certi aspetti migliore, a quella della valeriana.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I - VIII PADIGLIONE
Primario medico: Prof. AGOSTINO CARDUCCI.

La terapia bismutica nelle angine e nelle infezioni a probabile punto d'ingresso tonsillare.

Dott. MARIO RASTELLI, aiuto medico.

Considerando la funzione di difesa e la particolare situazione delle tonsille in un ambiente così ricco di germi quale è il cavo bucco-faringeo, si comprende la frequenza dei processi flogistici acuti e cronici che esse presentano. Una volta sede di flogosi, esse costituiscono un pericolo per l'organismo, date le abbondanti connessioni linfatiche con gli organi linfoghiandolari del collo e dati gli intimi rapporti con la corrente del sangue, che le attraversa. Così che le due ipotesi estreme formulate al proposito, e cioè che le tonsille rappresentino organi di difesa o invece focolai di continuo pericolo per l'organismo, sono tra loro conciliabili nel senso che appunto perchè organi di difesa sono più particolarmente esposte a tutte quelle cause infettive che esse debbono combattere, ma sulle quali non sempre riescono ad avere il sopravvento. Esse cioè in alcuni casi non bastano al loro scopo. Non vi è dunque antitesi tra la teoria di una tonsilla protettrice e quella di una « tonsilla infettante » (Bilancioni).

Schematizzando, si può considerare la genesi della infiammazione tonsillare sotto l'aspetto di tre principali possibilità:

1) direttamente da parte di germi che si trovano sulla superficie della tonsilla o dentro le sue cripte;

2) per germi che vi arrivino dai territori linfatici afferenti (mucosa nasale, faringea, gengivale, (secondo le esperienze di Henke con polveri inerti di Schönemann con lo iodio e secondo le osservazioni cliniche di Shönemann);

3) per germi che vi provengano dal sangue. Quest'ultima possibilità è ammessa da chi considera alcune angine come focolai di eliminazione e non come porta d'ingresso (angine del reumatismo articolare acuto e del tifo). La tonsillite sarebbe in questi casi l'espressione o la localizzazione di una setticemia primitiva o proveniente da altri organi (Bouchard, Landouzy, Siredey). Però la maggior parte delle angine precede o accompagna l'infezione generale della quale quindi è più logico pensare che ne rappresenti la porta

d'ingresso. Infatti molte malattie iniziano con il mal di gola.

Sulla frequente coesistenza dell'angina e del reumatismo articolare acuto, ha richiamato l'attenzione Trousseau fin dal 1865. Più di recente sono stati invocati rapporti anche con alcune forme di reumatismo subacuto o cronico (Gürich, Curschmann, Schichhold). La persistenza dell'infezione tonsillare può spiegare la tenacia delle manifestazioni reumatiche superato il periodo acuto, perchè nel connettivo tonsillare e peritonsillare si rinvengono i caratteristici noduli di Aschoff, possibili centri di deposito del virus reumatico. S'incriminano ora, oltre che le tonsilliti acute, le forme lacunari subacute o croniche con secrezione muco-purulenta o caseosa, spesso fetida, nelle cripte e nel profondo delle ghiandole. Lasègue nel 1876 aveva pure intravveduto i rapporti tra tonsilliti ed infezioni. Jaccoud nel 1871 mise in evidenza le localizzazioni tonsillari del tifo avendo notato che esse possono essere per due o tre giorni il solo sintoma dell'incipiente infezione tifoide. In molti casi di tifo precede una angina intensa, febbrile e forse l'anello linfatico faringeo è una delle porte d'ingresso del bacillo del tifo e tifo-simili (Schottmüller, Sanarelli). Le stesse considerazioni possono essere fatte per la polmonite e per la melitense.

Tutte le complicazioni risultanti da un'infezione secondaria degli organi interni sono possibili: nefrite acuta, osteomielite, appendiciti e peritifliti (Kretz, Lejars), endocardite ad inizio insidioso (Bousquet), ed inoltre casi di setticemia così detta criptogenetica (osservazioni di Kretz su 600 cadaveri). I gangli linfatici del collo infiammati, rivelano l'angina che magari il malato non ha avvertito o che ha superato, e che anche anatomo-patologicamente può non essere più rilevabile. Così si trovano gangli cervicali infiammati nelle endocarditi recenti, negli empiemi non tubercolari, nelle nefriti recenti, nell'osteomielite, nei flemmoni appendicolari ed anche nelle batteriemie settiche senza localizzazione. Comby e Korsakow hanno trovato degli streptococchi nei gangli dei bambini colpiti da febbre ghiandolare di Pfeiffer. In Italia sono pure numerosi i casi descritti di setticemia di origine tonsillare.

I germi che più comunemente sono in causa nelle angine acute non specifiche sono gli streptococchi e gli stafilococchi ospiti abituali della bocca e del faringe. Qualche volta si trovano anche pneumococchi, bacterium coli, bacilli del tifo.

Da tutti questi dati risulta evidente l'importanza di una terapia efficace a troncare la malattia e ad impedirne le complicanze.

TERAPIA BISMUTICA DELLE ANGINE.

Nel 1923 Aristide Monteiro, assistente del prof. Marino direttore della Clinica Otorinolaringologica di Rio de Janeiro cominciò a trattare dei casi di angina con iniezioni di bismuto. Cominciò in primo tempo a trattare dei casi di tipo Plaut-Vincent, partendo dal presupposto che il Bi. dovesse appunto in questi spiegare un'azione particolarmente efficace, dato il suo potere spirillicida, e riferì di aver ottenuto delle guarigioni rapide con due iniezioni a 24 ore di intervallo, a termine delle quali l'ulcerazione e le associazioni fuso-spirillari scomparivano. Nel 1929 trattò anche un caso di angina fibrinosa benigna, ottenendone guarigione in due giorni. Nel 1933 estese tale trattamento a tutti i casi di angine acute e sostenne che in tutte le forme non specifiche (catarrale, follicolare, parenchimatosa) si hanno sempre gli stessi eccellenti risultati. Il metodo si è molto diffuso nell'America Meridionale specialmente nel Brasile e nell'Argentina con risultati che hanno in genere confermato quelli di Monteiro, tanto che nel 1935 lo stesso prof. Marinho in base a questi risultati ha proposto una semplicissima classificazione delle angine acute in: 1) angine da trattare col Bi. e 2) angine da trattare col siero antidifterico.

In Europa uno dei primi ad occuparsi dell'argomento è stato Stiehr (1935) che su 152 casi di angina follicolare ha notato nell'84 % caduta della temperatura entro 12-24 ore, nel 10 % ritorno alla norma della temperatura entro 3 giorni dopo una seconda iniezione, e passaggio ad ascesso tonsillare nel 6 %. Nell'angina di Plaut-Vincent invece non ha notato nessuna efficacia, contrariamente alla affermazione di Monteiro che proprio nella angina di Plaut-Vincent affermava di aver ottenuto i primi successi. Boese, assistente del prof. Munk, nel 1936 ha notato che il numero dei leucociti, aumentato prima della terapia, dopo l'iniezione di Bi. subisce un rapido ritorno alla norma e spesso anche un abbassamento al disotto del normale. Nel 1937 Berberich di Francorte ha concluso che questa terapia è efficace nell'angina poichè ne riduce il periodo di durata.

In Italia Gipperich (1937) è venuto alle stesse conclusioni ed ha constatato, come già Stiehr e lo stesso Monteiro, che la terapia è

inefficace quando si forma l'ascesso tonsillare, di cui però nei casi trattati con Bi. ne diminuisce la frequenza; R. Bortolotti (1937) ha riferito ottimi risultati nelle angine acute dei bambini nei quali la bismuto-terapia riuscirebbe utile per la diagnosi differenziale fra angine comuni e angine difteriche, poichè queste ultime non ne ritraggono alcun giovamento; Attorre R. ritiene tale terapia sicuramente efficace.

Lo studio più completo e più importante sull'argomento è stato continuato dallo stesso Monteiro, i cui risultati che in un primo tempo erano stati accolti con scetticismo sono stati presi in considerazione specialmente in seguito alle ricerche del brasiliano Vaz de Mello che nel 1933-34 studiò la terapia bismutica nelle tonsilliti dell'infanzia. Circa l'azione sui vari sintomi il Monteiro ha concluso:

1) Il dolore alla deglutizione è il sintoma che viene più nettamente influenzato probabilmente per un'azione analgesica del Bi.

2) Lo stato generale viene subito migliorato; le algie, i dolori vaghi, il malessere in 24 ore diminuiscono; la febbre decresce subito, oppure 24 ore dopo una seconda iniezione.

3) Le condizioni locali migliorano nettamente e rapidamente: l'edema dei pilastri diminuisce, le tonsille si detergono, nei casi di associazione difterica resta la membrana difterica.

4) I gangli linfatici tumefatti e dolenti, della catena carotidea e sottomascellare, risentono con minore rapidità l'azione del Bi. In certi casi restano ingrossati anche qualche giorno dopo la guarigione dell'angina; divengono però meno dolenti alla pressione e il loro volume tende a diminuire progressivamente. « È il reliquato di un processo di difesa che si è portato al di là del territorio faringeo ».

Nel 1935-36 Monteiro e Wital Brasil Filho hanno studiato l'argomento nei riguardi della flora batterica tonsillare, concludendo che la bismuto-terapia riduce in modo notevole la flora batterica della tonsilla non solo nei malati di angina, ma anche negli individui sani. Questa azione è più netta sugli streptococchi, che sono responsabili della maggior parte delle comuni angine; anzi, il Bi. farebbe risentire la sua azione esclusivamente sullo streptococco ed è per questo, secondo Monteiro, che gli ascessi tonsillari e peri-tonsillari, che sono quasi esclusivamente dovuti allo stafilococco, non risentono l'azione della terapia bismutica. Le angine che guariscono rapidamente con la terapia bismutica sono quelle dovute allo streptoccco (Monteiro).

Il Bi. è efficace in qualsiasi forma di combinazione usata. Come è noto il primo composto usato nella terapia antiluetica fu il tartro bismutato di Na e K insolubile e preparato per l'uso terapeutico (Levaditi e Sezerac, 1921) in soluzione oleosa (Trépol, fiale da 3 cc., da 10 ctg. ogni cc. = 30 ctg. ogni fiala). In seguito si sono creati moltissimi composti di Bi. e gli stessi composti in forme specializzate differenti, tanto che oggi si contano a centinaia le preparazioni di Bi. in commercio. Tutti questi composti possono essere classificati in quattro gruppi principali: 1) Bi. metallico; 2) Sali bismutici minerali; 3) Sali bismutici organici; 4) Derivati bismutici alcaloidici. Quale antiluetico il Bi., a differenza dell'As., è attivo come elemento chimico, indipendentemente dalle molecole alle quali è combinato; inoltre, sia il Bi. metallico che i suoi sali, in vitro sono privi di attività spirillicida che acquistano soltanto in seguito alla loro introduzione nell'organismo. Secondo Levaditi e Nicolau il metalloide, introdotto nell'organismo forma con le proteine dei derivati proteo-bismutici che posseggono azione spirocheticida e che sono i soli agenti distrutturi del Treponema; a tale complesso proteo-bismutico Levaditi ha dato il nome di Bismoxil, e lo ha considerato come una tossi-albumina bismutica termolabile. La via di introduzione del Bi. è quella endomuscolare e gli accidenti cui esso può dar luogo sono: locali (reazione dolorosa, indurimento, ascesso, eccezionalmente formazione di cisti oleosa con i preparati in sospensione oleosa) e generali (elevazione della temperatura, cefalea, astenia, dimagramento, pallore). Da considerare pure la possibilità di notevole diminuzione dei leucociti fino alla agranulocitosi.

L'eliminazione del Bi. si compie attraverso la mucosa della bocca dove determina uno stimolo ad una maggiore salivazione e dove può dar luogo alla formazione di un orletto gengivale cui può seguire stomatite; attraverso la mucosa del canale digerente, nella quale può dar luogo, come si è notato nei casi venuti a morte, a delle pigmentazioni diffuse simili a quelle che si hanno sulle gengive, per formazione di solfuro di Bi., e che in vita sono causa di nausea, vomito, gastralgia, diarrea; inoltre attraverso il rene nel quale può dar luogo egualmente ad alterazioni di tipo degenerativo. La comparsa nelle urine del Bi. iniettato è molto rapida (Levaditi). Le contro-indicazioni alla terapia bismutica sono

date principalmente da cardiopatie in scompenso, epatopatie, nefropatie.

Per la scelta del preparato, per quanto concerne la lue Levaditi consiglia di dare la preferenza ai preparati di costituzione più semplice; i preparati in soluzione, che si eliminano più rapidamente, sembrano preferibili quando siano da temersi le conseguenze dell'accumulo del Bi. (anemici, deperiti, cardiopatici); i composti in sospensione sono generalmente preferiti perchè considerati più attivi. I preparati oleo-solubili hanno un posto molto importante perchè riuniscono i vantaggi delle due forme ricordati. Per quello che riguarda l'azione sull'angina invece, Monteiro ha constatato che il grado di solubilità non ha alcuna influenza sull'effetto del prodotto; qui quello che è importante da considerare è la quantità di Bi.; egli dice che usando prodotti ad alto tenore di Bi. ha ottenuto molte guarigioni con una sola iniezione, mentre con i prodotti a basso tenore di Bi. per ottenere gli stessi risultati ha dovuto ricorrere a diverse iniezioni (fino a tre iniezioni, sempre facendo una sola iniezione nelle 24 ore).

« Il tasso di Bi. non deve essere inferiore a 5 ctg. per fiala. Con questa quantità è possibile ottenere guarigioni rapide dopo una sola iniezione. Qualora questa prima iniezione risulti insufficiente se ne potrà praticare un'altra di 5 ctg. dopo 24 o 48 ore ».

(Continua).

*

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I - V PADIGLIONE
Primario medico: Prof. TOMMASO LUCHERINI.

Cisti ematica del surrene sinistro e ipertensione arteriosa.

Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche.

Dott. MICHELE FERRARA, assistente ordinario.

Le neoformazioni cistiche delle capsule surrenali hanno dato luogo, tutte le volte che sono capitate all'osservazione, a ipotesi e considerazioni sulla loro natura, sul loro comportamento e sopratutto sulla loro genesi.

Come per il capitolo delle cisti in generale, anche per questo delle cisti dei surreni, esistono infatti opinioni controverse sulle modalità di insorgenza e sui fattori che la determinano, opinioni che hanno ricevuto più o meno l'apporto di contributi chiarificatori, mano a mano che ulteriori osservazioni hanno fornito nuovi elementi e nuovi dati, atti a meglio precisare la natura e la genesi della neoformazione.

Non è mio intendimento di entrare a discutere le teorie finora esistenti al riguardo, ma cogliendo l'occasione di un caso di enorme cisti del surrene sinistro capitato alla nostra osservazione e avendo perciò consultato la letteratura esistente sulle neoformazioni cistiche surrenali, desidero riassumere quello che oggi si conosce su questa affezione morbosa, che sebbene rara e di diagnosi clinica quasi impossibile, presenta tuttavia cospicuo interesse per l'importanza dell'organo colpito e per i rapporti che può avere con manifestazioni patologiche generali dell'organismo che la ospita.

Il caso che è oggetto della presente nota rientra appunto fra quelli in cui la neoformazione cistica surrenale si associa ad uno stato patologico generale: nel caso in esame, l'ipertensione arteriosa essenziale. Se e quali rapporti la cisti presentata dall'infermo da noi osservato abbia avuto con lo stato ipertensivo, cercherò di precisare, dopo aver interpretata la natura della cisti stessa, alla luce delle attuali conoscenze, in base ai dati anatomopatologici e istologici. Considererò infine il valore che il caso può avere in rapporto alle moderne vedute sulla cura chirurgica dell'ipertensione arteriosa essenziale.

B. Fulvio, di anni 52, orticultore, entra in ospedale il 20 febbraio 1938. La sua anamnesi familiare non presenta nulla di notevole. È coniugato con 5 figli viventi. La moglie ha avuto

un aborto. Dall'anamnesi remota risulta che il p. è stato forte bevitore. Ha sofferto i comuni esantemi dell'infanzia. A 20 anni si è contagiato di blenorragia. A 22 anni ha contratto la malaria, complicatasi con ittero di cui è guarito in due mesi, senza avere recidive. A 50 anni ha sofferto di bronchite acuta ripetutasi 4 mesi prima dell'attuale ricovero. Anamnesi patologica prossima: Il p. entra in ospedale perchè sofferente da due giorni di tosse con espettorato catarrale e febbre. Si lamenta inoltre di dolori all'ipocondrio sinistro.

Esame obiettivo. Soggetto in discrete condizioni generali. Sensorio integro. Decubito semiortopnoico. Cute di colorito bruno pallido con lieve cianosi dei prolabi e dei pomelli. Sottocutaneo ben conservato, muscolatura tonicotrofica, scheletro regolare. Sistema linfoghiandolare indenne. Assenza di edemi malleolari. Polso 96, ritmico, ampio, teso. Respiro frequente (36) lievemente dispnoico.

Capo. Pupille uguali, la destra non reagente alla luce; reagenti alla accomodazione. Lingua umida lievemente impaniata. Faringe e tonsille normali.

Apparato respiratorio. Torace ampio simmetrico, ugualmente mobile. Fremito vocale tattile ben trasmesso su tutto l'ambito. Suono di percussione chiaro polmonare. Basi ad altezza normale poco mobili. All'ascoltazione, respirazione aspra su ambedue gli apici. Respiro normale sul restante ambito; alla base sinistra si apprezzano fruscii e sfregamenti pleurici.

Cuore. Il margine destro si delimita ad un dito dalla marginale destra dello sterno. Itto non visibile che si riesce a localizzare con la percussione al quinto spazio un dito all'interno dell'ascellare anteriore. All'ascoltazione azione cardiaca ritmica concitata. Il primo tono alla punta è accompagnato da soffio dolce che non si propaga agli altri focolai nè all'ascella.

Addome. Aumentato di volume, di superficie regolare, di forma globosa con cicatrice ombelicale appianata. Alla palpazione, poco trattabile indolente. Non segni di versamento libero. Il fegato si delimita in alto alla sesta costola sull'emiclaveare; in basso si palpa a sei dita dall'arco costale, di consistenza lievemente aumentata, liscio, indolente. In corrispondenza dell'ipocondrio sinistro si palpa una tumefazione ovoidale a maggiore asse diretto in basso e medialmente che si delimita in alto alla IX costola sull'ascellare media e in basso a quattro dita dall'arcata pubica, di consistenza dura, con superficie irregolare per la presenza di grosse gibbosità (di cui una appare molle, elastica, fluttuante) mobile con i movimenti del respiro e che viene riferita a tumore di milza. Riflessi rotulei e achillei presenti e normali.

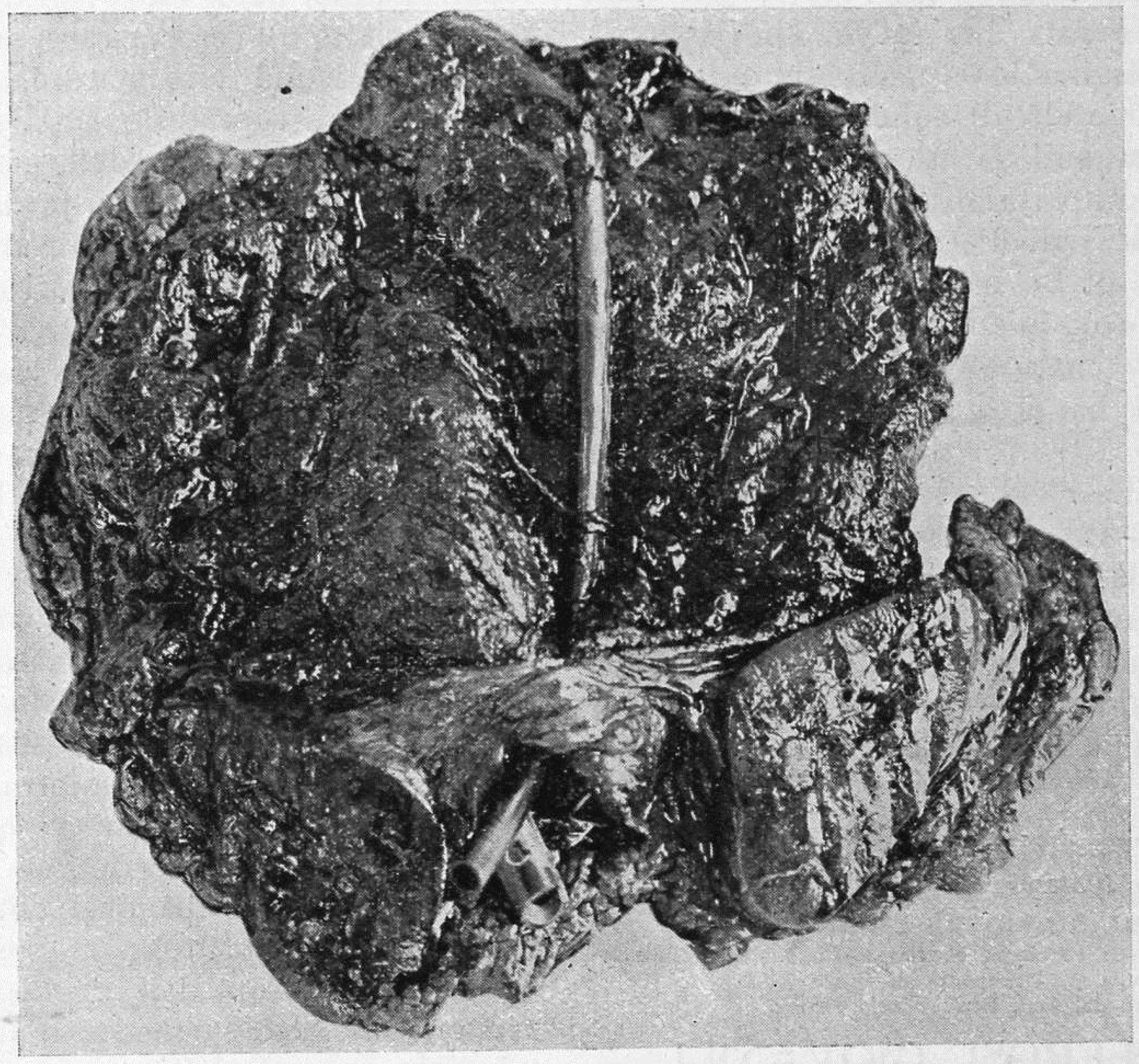


FIG. 1.

Esame dell'urina: ps. 1020; zucchero assente; albumina presente; urobilina presente; pigmenti biliari assenti. Rari leucociti nel sedimento.

Esame emocromocitometrico: globuli rossi 3 milioni 760.000; globuli bianchi 6.000; Hb 70; valore globulare 0,94.

Reazione di Wassermann: negativa.

Reazione di Ghedini Weinberg: negativa.

Intradermoreazione di Casoni: negativa.

Pressione arteriosa 240-170.

Temperatura all'ingresso in ospedale 37°,8.

Il giorno successivo a quello dell'ingresso viene praticata una puntura esplorativa della milza in corrispondenza della più grossa gibbosità che si apprezza alla sua superficie. La puntura dà esito

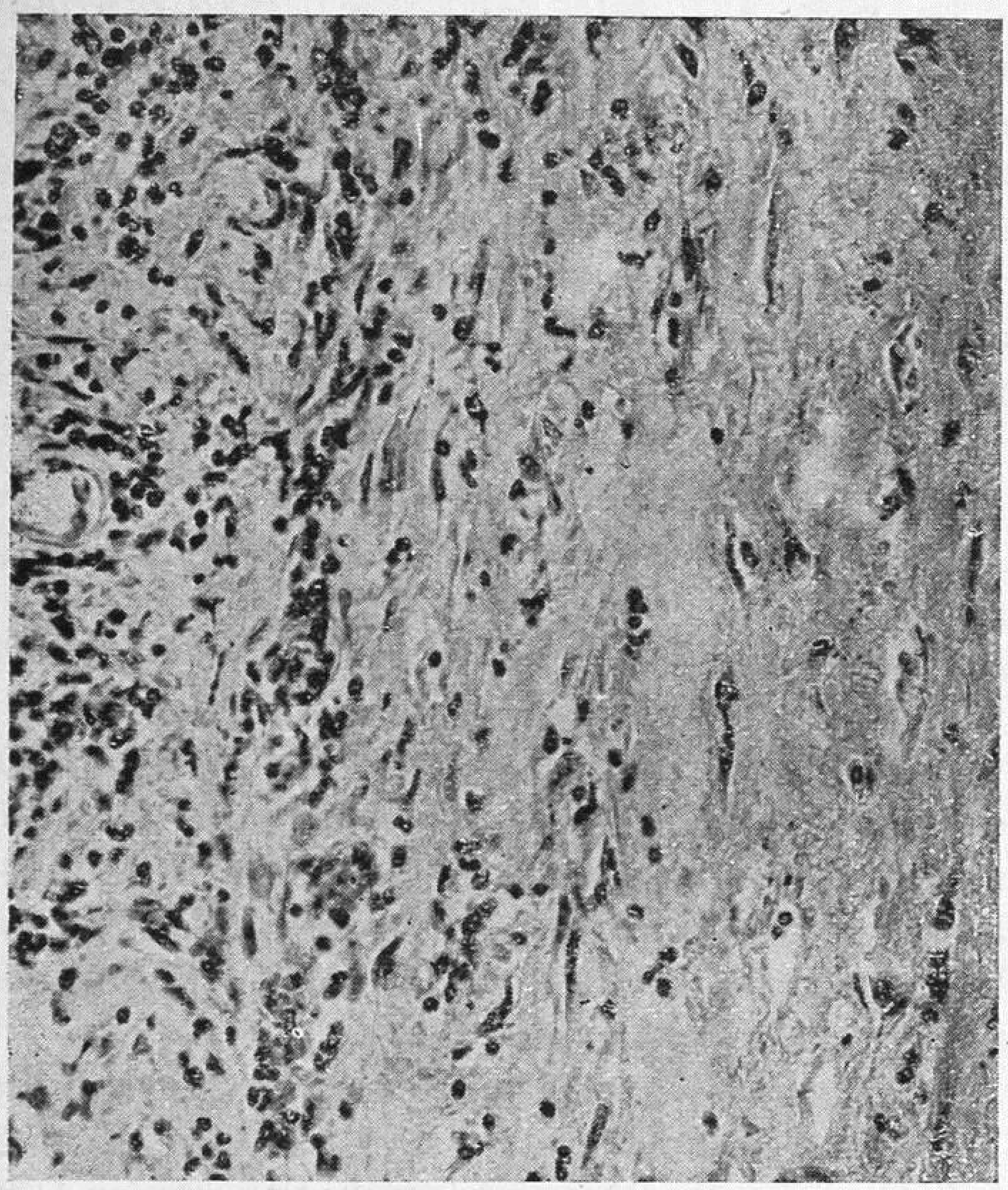


FIG. 2.

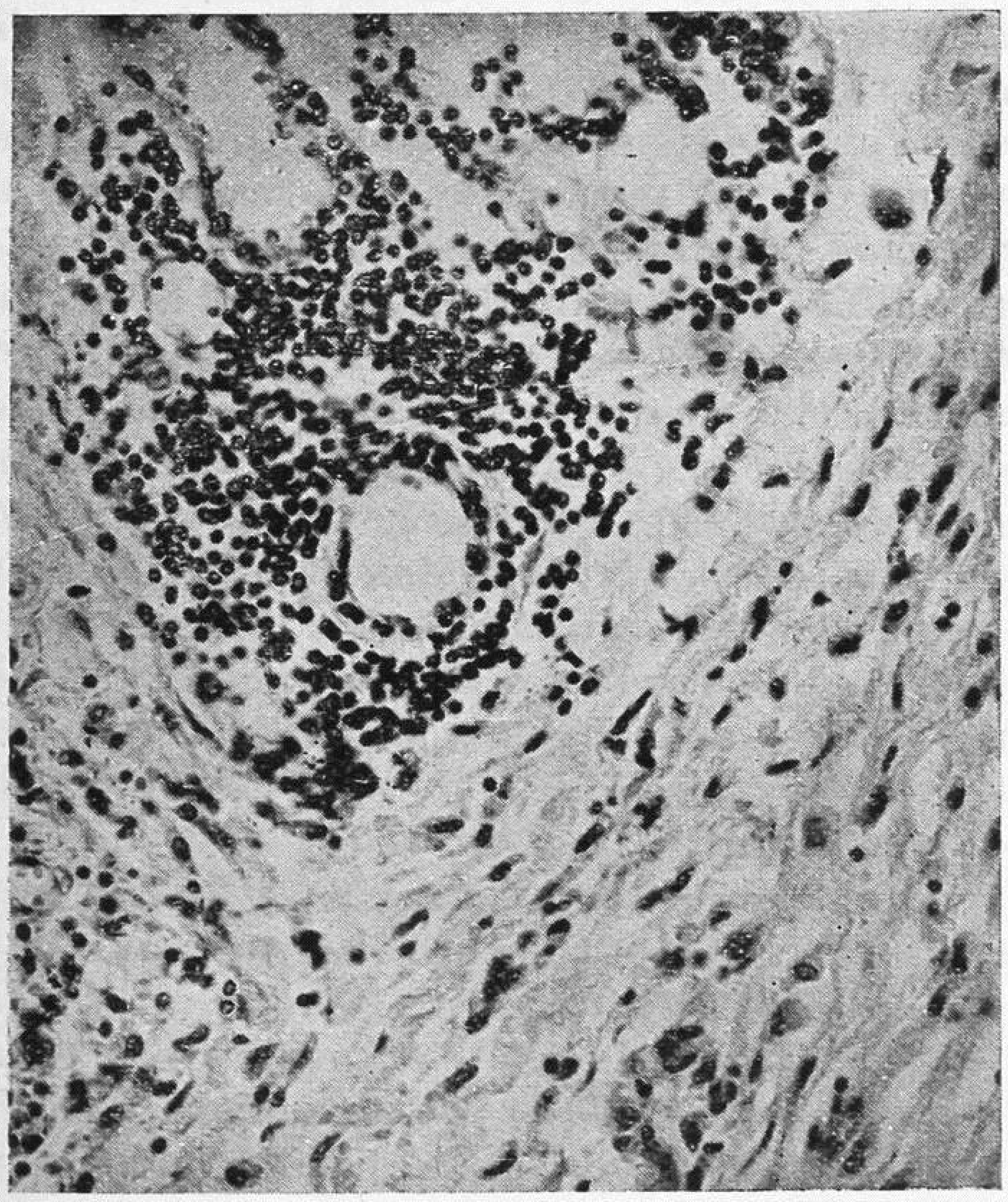


FIG. 3.

ad alcuni cmc. di liquido emorragico di aspetto laccato che all'esame microscopico si mostra costituito da elementi del sangue. La puntura viene ripetuta due giorni dopo con identico risultato. Si pone allora in via di probabilità la diagnosi di cisti ematica della milza e il paziente viene trasferito in chirurgia per la splenectomia. Il 24 febbraio è sottoposto ad intervento opera-

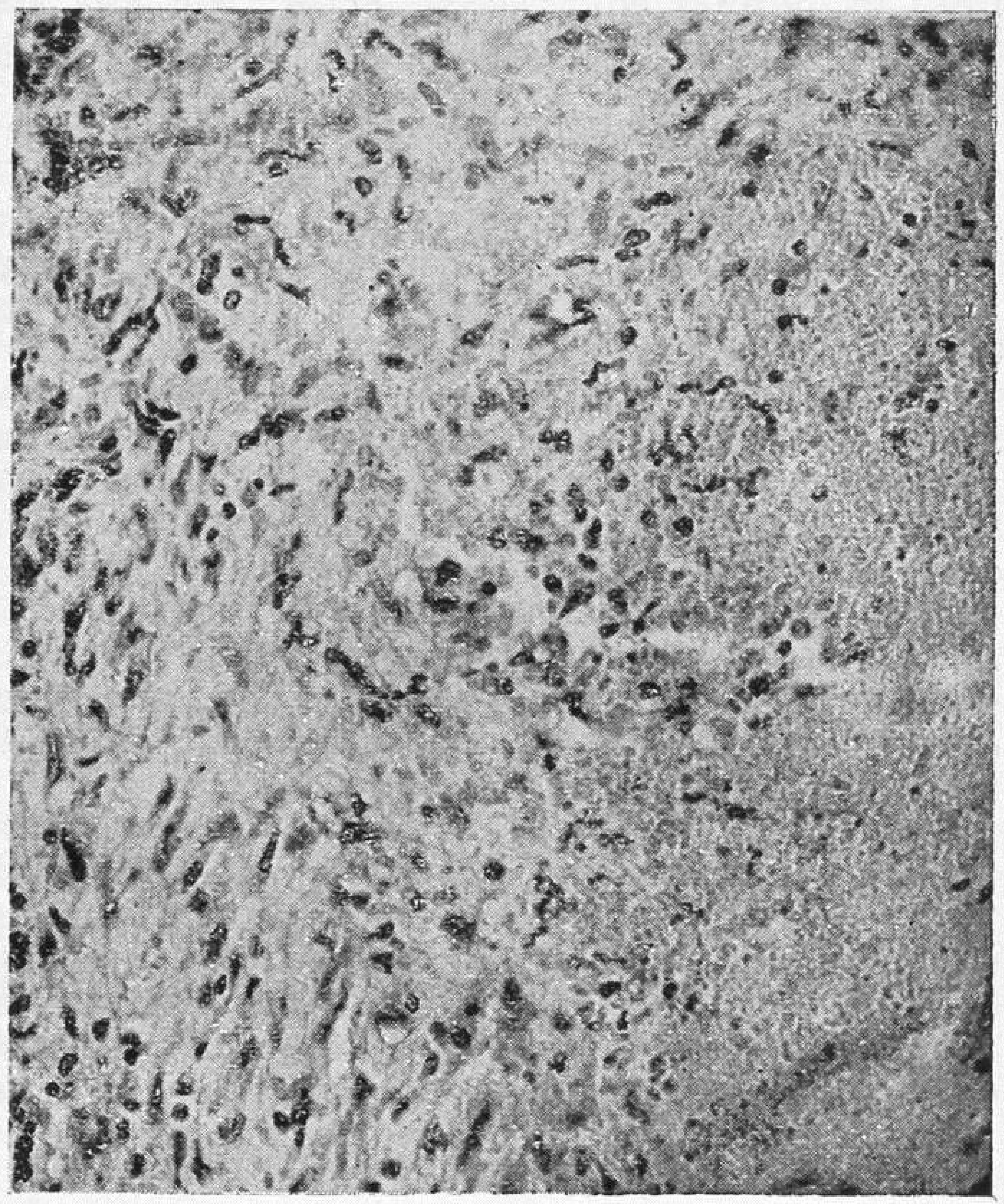


FIG. 4.

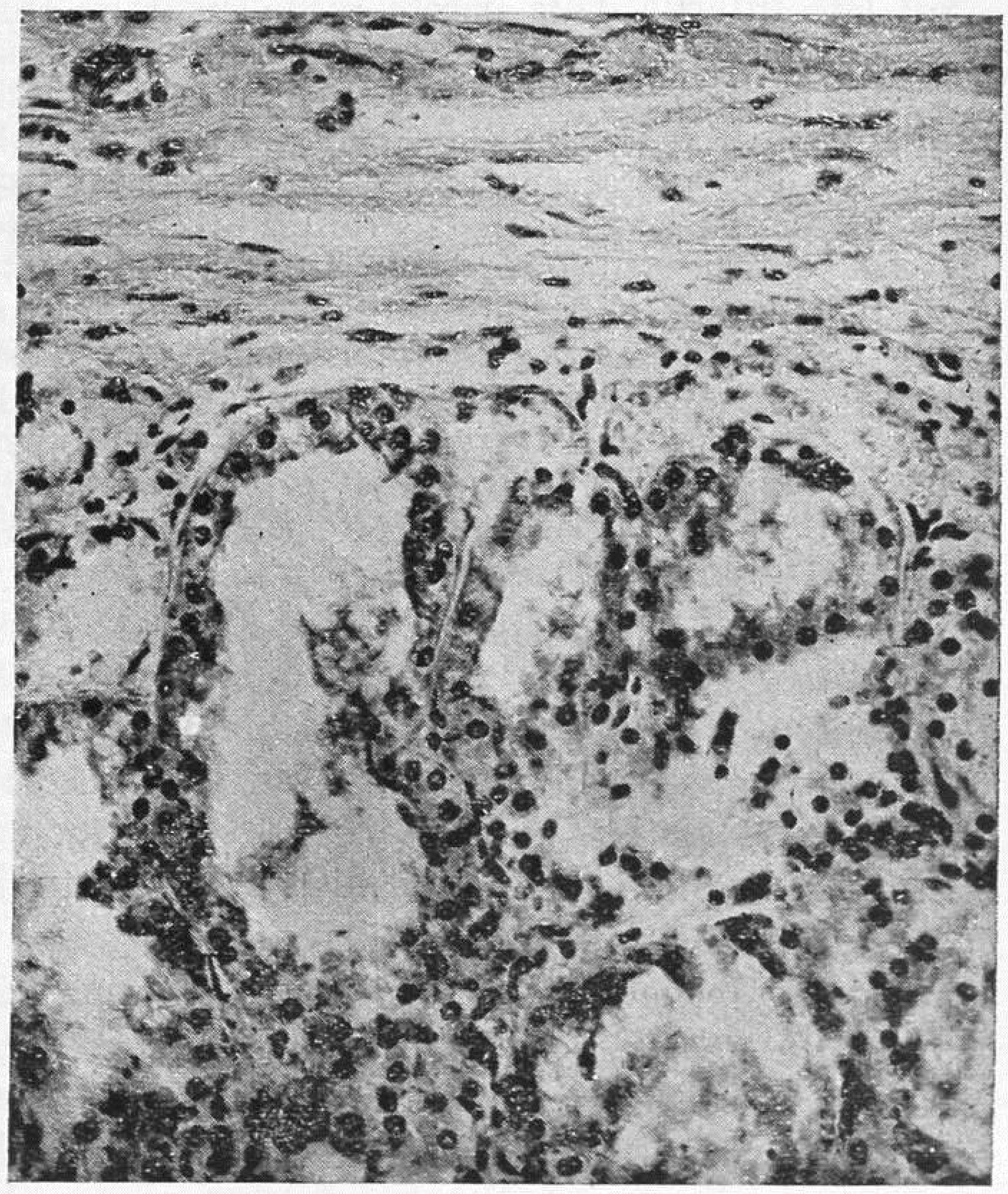


FIG. 5.

tivo (Prof. Egidi). Si pratica un taglio laparatomico transrettale sinistro superiore. Presenza di modica quantità di liquido ematico libero nel cavo addominale. Si mobilizza e si sposta verso

la linea mediana il colon discendente e, mentre la milza appare normale, la tumefazione apprezzata all'esame clinico si mostra come facente parte di una massa retroperitoneale, rotonda, che viene aperta e svuotata dell'abbondante contenuto di liquido emorragico. Si procede alla fissazione del peritoneo alla parete della cisti e si drena.

Il giorno successivo il p. è stato apirettico ma verso sera si è avuto un nuovo rialzo febbrile e le condizioni sono andate sempre più aggravandosi per cui dopo due giorni è venuto a morte.

L'autopsia eseguita dal prof. Nazari ha mostrato: Lieve arteriosclerosi aortica. Enorme ipertrofia e dilatazione di tutto il cuore (gr. 870). Trombosi coronarica alla punta del ventricolo S. Organi da stasi cronica. Grossa cisti soprarenale sinistra (diametro circa 25 cm.) con contenuto ematico coagulato, marsupializzata e drenata (fig. 1). La parete interna della cisti appare tutta ricoperta da coaguli sanguigni. Essa è macroscopicamente separata dal rene che appare di aspetto normale. La capsula surrenale D presenta segni macroscopici di ipertrofia.

Dalla parete della cisti sono stati prelevati numerosi frammenti che sono stati inclusi in paraffina. Le sezioni sono state colorate con ematossilina-eosina. L'esame microscopico ha mostrato che la parete della cisti è dovunque costituita da uno spesso strato di tessuto connettivo fibroso, che in alcuni tratti è povero di cellule, con zone ialine e rari depositi di sali di calcio (fig. 2). In alcune zone vi sono cellule fusate numerose e cellule rotonde di aspetto simile ai linfociti. Tali infiltrati parvicellulari formano spesso piccoli accumuli intorno ai vasi sanguigni (fig. 3).

Sul lato interno della parete connettivale si trovano addossati i coaguli sanguigni che riempiono la cavità della cisti (fig. 4). In alcuni tratti nello strato più interno della parete e fra i globuli rossi che formano il contenuto della cisti, si trovano numerosi accumuli di granuli di pigmento ocraceo (emosiderina) in parte liberi e in parte contenuti entro cellule mononucleate. *In nessun tratto si trovano residui della capsula surrenale.*

In un preparato che insieme con la parete della cisti comprende un frammento di tessuto renale, si vede che la capsula del rene e la parete della cisti sono in parte separate e in parte fuse in uno strato connettivale (fig. 5).

Descritto così il caso come è stato da noi clinicamente e anatomopatologicamente osservato, prima di fare qualsiasi induzione sulla natura della cisti, riepilogherò brevemente, riportandomi alla letteratura esistente, le attuali conoscenze sulle cisti dei surreni.

In una classificazione di queste formazioni pubblicata nel 1895, il Narath, riferendosi alle cisti retroperitoneali in genere, le divideva in sierose, dermoidi, idatidee, ematiche, linfatiche. Successivamente Niosi nel 1907 ritenendo incompleta questa classificazione, riportò le cisti retroperitoneali ad origine: embrionale, vasale, linfatica, sanguigna e parassitaria (idatidee).

Terrier e Lacène in una pubblicazione del 1906 si limitano invece a classificare le cisti del surrene dividendole in: cisti parassitarie, cisti vere ghiandolari, adenomi cistici, pseudocisti, linfangiomi cistici.

In base a queste precedenti classificazioni e ai casi di cisti del surrene che si trovano descritti nella letteratura si potrebbe, a scopo schematico, riportare l'origine delle cisti del surrene ad una delle seguenti possibilità:

1) rammollimenti o emorragie nel parenchima di neoplasie maligne (surrenomi, carcinomi, adenomi);

2) resti embrionali del corpo di Wolff, del dotto di Müller, dell'ovaio;

3) parassitosi dell'organo (cisti da echinococco);

4) alterazioni del sistema linfatico;

5) alterazioni del sistema sanguigno.

Le cisti da rammollimento nel parenchima di neoplasie non presentano difficoltà diagnostiche istologiche per la presenza degli elementi tumorali maligni o benigni. Esse di solito, secondo il Niosi, difficilmente raggiungono grandi dimensioni.

Le cisti di natura embrionale, di origine Wolffiana sono caratterizzate da un rivestimento interno epiteliale vibratile della loro parete. Questo dato però che sembrerebbe patognomonico per questo genere di cisti, può mancare secondo Terrier e Lacène, quando la cisti raggiunge un volume considerevole, per cui l'epitelio può andare incontro a sfaldamento in zone molto estese. Un reperto negativo non autorizzerebbe perciò ad escludere la possibilità della natura embrionale. È da notare però, senza voler entrare a discutere nel merito, che mentre è da ritenersi per lo meno difficile che un esame istologico molto accurato, eseguito su tessuto prelevato in vari punti della parete non riesca a mettere in evidenza alcun elemento che dimostri l'origine embrionale, non si può d'altra parte, davanti ad un reperto assolutamente negativo, essere autorizzati a classificare la cisti fra quelle di origine embrionale.

Le cisti da echinococco sono estremamente rare. Ho trovato citati nella letteratura due soli casi dovuti a Huber e a Perrin.

Le cisti originate dal sistema linfatico sono invece relativamente le più numerose nella letteratura. Sulla loro genesi gli autori non sono d'accordo.

Alcuni ammettono un'origine puramente meccanica per compressione dei vasi linfatici dovuta sopratutto ad alterazioni delle pareti venose circostanti, così De Vecchi, Manca, Nowicki; altri invece riportano l'origine di que-

ste cisti ad una comune natura neoplastica, parlando senz'altro di linfangiomi cistici (Bossard, Oberndorfer, Klebs, Preusse). Secondo i primi la natura neoplastica non può essere ammessa per la frequente impossibilità di rilevare reperti istologici che dimostrino il processo proliferativo proprio della neoplasia. In un lavoro pubblicato nel dicembre 1936, il Montaldo ha espresso l'opinione che pur non riscontrandosi in questi casi un reperto istologico tumorale, di fronte ai caratteri di indipendenza e di accrescimento distruttivo delle cisti linfatiche surrenali, al loro comportamento insomma del tutto parassitario rispetto all'organo colpito, si deve ammettere la natura neoplastica che però si rivela solo nell'aspetto funzionale degli elementi endoteliali del rivestimento interno della cisti, i quali mantengono il loro potere secernente, qualitativamente alterato. Si avrebbe cioè in queste cisti una deviazione dalla norma soltanto funzionale e tale da far comportare le cisti come veri e propri blastomi rispetto all'organo colpito, pur avendosi un'assenza di fatti proliferativi e in luogo di essi il continuo e indefinito accrescersi di un prodotto funzionale derivante dal tessuto endoteliale piatto che riveste la cisti. Come si vede dunque la genesi delle cisti linfatiche è tutt'altro che pacifica, nè esiste accordo sulla diagnosi istologica delle medesime. Un criterio discriminativo dovrebbe essere infatti la presenza — per le cisti linfatiche — del rivestimento interno endoteliale della loro parete. A questo riguardo, mentre Terrier e Lacène ritengono che una eccessiva distensione della parete possa portare ad estesi sfaldamenti dell'endotelio per cui all'esame istologico può aversi un reperto negativo, Montaldo nel lavoro citato pone questo reperto come sicuro criterio discriminativo in quei casi di cisti a contenuto emorragico in cui la primitiva origine linfatica sarebbe dimostrata dalla presenza del rivestimento endoteliale e in cui pertanto l'emorragia sarebbe intervenuta solo in secondo tempo.

Lasciando da parte ogni discussione su questo punto, vi è un altro dato che in base alla casistica riportata nella letteratura deve essere tenuto presente ai fini della diagnosi di cisti linfatica del surrene: l'esistenza cioè, a fianco della cisti principale di una o più cavità cistiche di solito piccole, rinvenibili nel residuo parenchima sano del surrene colpito o anche in quello controlaterale. Così Bossard in una donna di 25 anni con linfangioma cistico surrenale ha potuto osservare la presenza nello stesso surrene di cisti multiple della grandezza di una ciliegia e Oberndorfer in un uomo di 34 anni, una cisti del surrene sinistro e omolateralmente linfangectasie multiple che avevano costituito piccole cisti. Un caso simile è stato osservato da Sick.

Marchetti ha descritto un caso di cisti linfatica del surrene destro in una donna operata di peritonite purulenta. La sostanza surrenale residua appariva in molti punti vacuolizzata e zone di vacuolizzazione si trovavano anche nel surrene sinistro che appariva ipertrofico per iperfunzione compensatoria. Casi di cisti bilaterale sono ancora riportati da De Vecchi e da Nowicki; anche in questi casi di bilateralizzazione, il reperto è sempre costituito da numerose piccole cisti insieme alla cisti maggiore di cui alcune, nel caso del De Vecchi, a contenuto ematico. Se dunque è possibile come nel caso del De Vecchi il reperto di cisti a contenuto ematico, la presenza dell'endotelio piatto di rivestimento e il numero delle cisti stanno a dimostrare che trattasi di emorragie avvenute secondariamente in cisti primitivamente linfatiche.

Sono da considerare infine le cisti ematiche. Queste possono essere primitive o secondarie rispettivamente se si stabiliscono come tali o se rappresentano invece il risultato di un'emorragia avvenuta nell'interno di una cisti di altra natura. Questo fatto pare si verifichi più frequentemente nelle cisti linfatiche e al riguardo ho già citato il caso descritto da De Vecchi.

La parete delle cisti primitivamente ematiche è costituita da tessuto connettivo e manca di qualsiasi rivestimento endoteliale; il loro contenuto è costituito da sangue in parte liquido e in parte coagulato. Sulla loro parete è frequente, come del resto anche nelle cisti linfatiche, la presenza di depositi di sali di calcio. Quale è la genesi di queste cisti primitivamente ematiche? Le possibilità da considerare sono da riportarsi a neoproduzione angiomatosa, a trombosi e successivo infarto, a pregressa emorragia.

Dei casi della 1ª varietà descritti nella letteratura il primo è dovuto a Lucksch; trattavasi di una donna di 60 anni che presentava una cisti del surrene destro della grandezza di un uovo. Tutt'intorno alla cisti si metteva in evidenza una massa notevolmente estesa di vasi piccoli e minimi con proliferazione di endoteli, connessi fra loro da fibre connettivali giovani nelle cui cellule si trovava un pigmento emosiderinico. Lucksch descrive questo caso come un tipico emangioendotelioma. Un altro caso è descritto da Volkmuth in una

donna di 59 anni presentante una cisti della grandezza di un pisello del surrene destro. Essa era costituita da spazi sanguigni di varia grandezza fra loro in comunicazione. Fra questi spazi si metteva in evidenza un tessuto connettivo ricco di cellule. Gli spazi che assumevano una grandezza maggiore verso il centro della cisti, andavano impiccolendosi verso la periferia, mentre ai margini si continuavano con vasi simili a capillari progredienti verso la sostanza surrenale circostante, dalla quale peraltro la neo-formazione non era chiaramente delimitata. Tutto il complesso descritto era in intimi rapporti con la parete di un'arteria maggiore. L'origine angiomatosa dunque della cisti nei due casi descritti è indiscussa per il caratteristico reperto di emangiomi nella zona circostante alla cisti stessa e questa possibilità di genesi deve perciò essere ammessa per le cisti ematiche del surrene.

Per quanto riguarda le emorragie, la ricchezza dei lavori esistenti sta a dimostrare il disaccordo che ancora regna fra gli autori circa il loro meccanismo di produzione. E il disaccordo regna anche quando si tratta di stabilire la parte che spetta al tessuto ghiandolare surrenale e quella che spetta invece ai vasi in esso decorrenti, nella produzione delle emorragie.

Tralascio di parlare delle varie classificazioni fatte in base al criterio dell'entità dell'emorragia o a quello dell'età dei soggetti colpiti, da Dudgeon e Loud, da Goldzieher, Kraus, Wolfson, ecc., limitandomi a distinguere col Severi, gli ematomi dalle suffusioni emorragiche, piccoli stravasi sanguigni cioè di rilievo microscopico.

Parlando di ematomi intendo naturalmente riferirmi ad una cospicua emorragia che si manifesta acutamente e che infiltra, disorganizza e necrotizza tutto il parenchima ghiandolare; la vera e propria apoplessia surrenale. Sulla sede di insorgenza di questi ematomi, gli autori sono d'accordo ponendola nella sostanza midollare. I casi descritti da Antonini, Schrader, Giulianini, Kraus, Virgillo, Wolfson, Severi depongono in questo senso.

Le cause sia delle piccole che delle grandi emorragie sono da Schrader riferite a traumi, a trombosi su base tossi-infettiva o marantica e da Brasser, Lissauer, Schonig, Simmond, Weissenfeld anche a embolie capillari. Dietrich e Siegmund e Kolisko, ammettono poi la possibilità di alterazioni primitive del tessuto ghiandolare in seguito a influenze tossiche dirette, o a malattie infettive acute o croniche.

In questo dualismo patogenetico, alcuni autori come Kraus, Costa e Severi propendono per la genesi, esclusivamente vasale. Questi autori (Costa e Severi) in uno studio eseguito sul sistema venoso del surrene, attribuiscono una grande importanza alla particolare struttura delle piccole e grandi vene a pilastri che originano dal sistema dei sinusoidi, a traverso le vene con fasci muscolari non sporgenti di Bargmann e confluiscono poi nella vena surrenale. La caratteristica della struttura parietale delle vene a pilastri è quella di essere costituita da fasci muscolari longitudinali isolati sporgenti nel lume vasale. Il sistema di sinusoidi invia poi dei collaterali alle vene a pilastri fra i fasci muscolari predetti.

I nominati autori convenendo nel meccanismo genetico se non nelle modalità di esplicazione con Kraus, ammettono che per la contrazione delle fibre longitudinali delle vene a pilastri in seguito a improvvisa richiesta di sangue carico di adrenalina da parte dell'organismo, si viene a creare un contraccolpo della colonna sanguigna che si esplica naturalmente verso il punto di minor resistenza della parete vasale che è quello opposto al pilastro muscolare e costituito da endotelio e da scarse fibrille connettivali. Si crea inoltre un improvviso aumento di pressione nel sistema dei sinusoidi per la chiusura degli sbocchi di questi nelle vene a pilastri in seguito alla contrazione muscolare.

Questa seducente interpretazione del meccanismo patogenetico delle emorragie surrenali dovrebbe essere invocata secondo gli autori che l'hanno concepita, particolarmente nella genesi degli ematomi da causa tossica e spiegherebbe perchè, pur agendo questa su tutti gli organi e sistemi organici, determina l'episodio emorragico nel surrene.

Se poi oltre al meccanismo concepito da Costa e Severi si tiene presente la possibilità di difficoltà di scarico delle vene surrenali ogni volta che fenomeni di ordine generale (stasi) od ostacoli toracici intervengono ad aumentare la pressione nella vena cava ascendente e nella vena renale sinistra, che sono quelle che ricevono il sangue refluo surrenale rispettivamente a destra e a sinistra, si comprende come un brusco squilibrio di pressione agendo specialmente su una parete vasale alterata possa determinare la rottura di essa e la conseguente emorragia.

***

Passando a considerare la natura della cisti nel caso in esame, mi pare che non possa esservi dubbio sulla sua genesi primitivamente

ematica. Nessun dato infatti ci autorizzerebbe ad ammettere la possibilità di una cisti ematica secondaria ad una cisti linfatica.

Ho già detto quali sono i criteri anatomo-istologici che dagli AA. che si sono occupati dell'argomento, vengono considerati particolarmente importanti per la diagnosi della natura linfatica di una cisti del surrene. Essi non possono essere invocati per il caso in esame.

Per ovvie ragioni poi deve escludersi la possibilità della natura embrionale o di una formazione cistica nel parenchima di una neoplasia. Il meccanismo di formazione della cisti che abbiamo considerato deve essere allora ricondotto al lento accrescimento di un piccolo focolaio emorragico incistato che ha, poco per volta, invaso compresso e distrutto il tessuto surrenale fino a sostituirlo del tutto e che continuando progressivamente ad accrescersi ha finito per dar luogo al costituirsi della enorme cisti presentata dal nostro paziente.

A questo punto è necessario considerare un altro dato di fatto che figurava nel quadro morboso del paziente: l'ipertensione arteriosa. Quali rapporti essa aveva con la cisti? Era la cisti primitiva o secondaria rispetto allo stato ipertensivo?

Io ritengo che sia più conforme al vero considerare la seconda ipotesi.

In un individuo fortemente iperteso (Mx. 240; Mn. 170) in cui si erano già stabilite alterazioni del trofismo cardiaco (cuore di 870 gr.) e vasale (segni di lieve arteriosclerosi aortica) con segni di stasi viscerale cronica, non è certo capzioso pensare che le crisi ipertensive abbiano potuto esplicare il loro effetto deleterio sui vasi surrenali probabilmente alterandone prima la parete e procurandone successivamente la rottura.

La particolare conformazione del sistema vasale del surrene descritto da Costa e Severi ci spiega come non sia difficile questa evenienza, anche a sistema vasale integro, quando per la contrazione delle vene a pilastri che mandano in circolo sangue carico di adrenalina si vengono a creare le particolari condizioni di idraulica circolatoria cui ho accennato. E noi non sappiamo se e come — durante lo stabilirsi dello stato ipertensivo, nel gioco del fattore eziologico surrenale e per l'alterazione quindi funzionale se non anatomica dei surreni — possano crearsi condizioni che mandano in circolo sangue carico di adrenalina e che favoriscono quindi il costituirsi di uno stato ipertensivo nel sistema vasale surrenale.

L'una e l'altra di queste due condizioni ci spiegano dunque sufficientemente la possibilità di insorgenza della cisti in seguito ad una sindrome ipertensiva essenziale. L'ipotesi inversa, la genesi cioè della ipertensione, in seguito ad un progressivo ipertrofizzarsi del surrene D. mano a mano che andava distruggendosi il parenchima del surrene S. per il progredire della neoformazione cistica, potrebbe essere anche posta in discussione, ma mi pare che non possa essere facilmente sostenuta. A parte il fatto — che potrebbe essere anche d'importanza secondaria — dell'assenza nella storia del p. di traumi, di malattie infettive, di emopatie o comunque di diatesi emorragiche che potessero spiegarci l'origine della formazione emorragica surrenale, non mi pare del tutto giustificabile voler riportare la genesi di uno stato ipertensivo grave come quello presentato dal p. al fatto dell'iperfunzione vicariante di un solo surrene.

Ma basterebbe poi considerare che nella cura dell'ipertensione arteriosa è stata consigliata da tempo la surrenectomia unilaterale. Ora, se la mancanza di un surrene può portare a tale stato di iperfunzione dell'altro da provocare l'insorgenza di uno stato ipertensivo o — il che sarebbe ancora più facile — da aggravare un'ipertensione esistente, questo intervento terapeutico sarebbe non solo inutile, come è stato dimostrato, ma addirittura dannoso. E secondo quanto viene riferito dagli AA. che se ne sono occupati, pare che questo danno non ci sia, così come d'altra parte, non si ha alcun vantaggio dalla cura dell'ipertensione con la surrenectomia unilaterale.

Il nostro caso serve a dimostrare proprio questa seconda affermazione, potendo essere considerato quasi come un contributo sperimentale al problema della terapia dell'ipertensione a mezzo della surrenectomia unilaterale affianco dei contributi chirurgici forniti da Pieri in Italia e da Delbet in Francia.

Nè il fatto di non aver nozione del valore pressorio prima del costituirsi della cisti e quindi della surrenectomia spontanea, può essere mosso ad obbiezione, in quanto le cifre della pressione presentate dal p. (240-170) erano tali che se pure si vogliono considerare lievemente inferiori a quelle precedenti, non incoraggiano certo ad affrontare un intervento chirurgico di notevole gravità come è da tutti riconosciuto, per applicare una terapia che non dà vantaggi reali e duraturi.

La surrenectomia unilaterale può ormai considerarsi bandita dal capitolo della terapia chirurgica dell'ipertensione arteriosa, la quale è

senza dubbio più che una malattia, una sindrome a base etiopategenetica multipla, complessa, e che non può essere risolta con provvedimenti terapeutici a carattere unicistico e provocatori di compensi funzionali.

L'interesse del caso da me descritto sta per ciò anche in questo pratico contributo al capitolo tanto dibattuto e di interesse sempre vivo della terapia chirurgica dell'ipertensione arteriosa essenziale.

RIASSUNTO.

L'A. descrive un caso di enorme cisti ematica del surrene sinistro osservata anatomopatologicamente. Dopo aver accennato alla diversa natura delle cisti che possono colpire il surrene ed aver esposto uno schema di classificazione, si sofferma sui rapporti che nel caso in esame, la cisti aveva con lo stato ipertensivo presentato dal paziente. Cita infine il caso come un pratico contributo alla terapia dell'ipertensione arteriosa nel senso che esso ha il valore di un documento sperimentale che può servire a convalidare la inutilità della surrenectomia unilaterale.

BIBLIOGRAFIA

ANTOGNETTI. *L'operazione di Pende e il blocco dello splancnico S. nella cura degli stati ipertensivi.* Il Policlinico, Sez. pratica, 22, 1936.

ANTONINI. *Sopra un caso di ematoma traumatico delle ghiandole surrenali.* Gazz. Int. Med. Chir., 32, 1927.

BAYER. Journal d'expérience, 10, 1817. Cit. da MARCHETTI.

BRASSER. Klin. Wschr., 17, 1924. Cit. da SCHRADER.

CHIARI. Wiener mediz. Zeitung, 1885. Cit. da MARCHETTI.

COSTA e SEVERI. *Istologia e significato patologico della rete venosa del surrene.* Lo sperimentale, 90, 1936.

DIETRICH. Zentralblatt für Path., 29, 1918. Cit. da. SCHRADER.

DIETRICH and LOUD. *The etiology, pathologie and diagnosis of adrenal hemorrhage.* Am. Journ. Med. Sc., 1904.

FRAENKEL. Zentralblatt für Path. Sonderb., 1923. Cit. da SCHRADER.

GIULIANINI. *Infarcimento emorragico delle surrenali per trombosi venosa.* Lo sperimentale, 85, 1931.

GOLDZIEHER. *Die Nebennieren.* Wiesbaden, 1911.

HENKE und LUBARSCH. *Handbuch der spez. path. Anat. und Hist.* Berlin, 1926.

KOLISKO. D. Ges. f. gerichtl. M. Wien. 1913 (ersch. in Vtljschr. f. gerichtl. M. 47, 1914, Supplementh 217).

KRAUS. *Die Nebennierenblutungen.* Frankf. Zeitsschr. f. Path., 43, 1932.

LECONTE. Thèse de Paris 1897. *Étude sur les hémorrhagies des C. S.* Cit. da MARCHETTI.

LISSAUER. Virch. Arch., 1908. Cit. da SCHRADER.

LUCKSCH. *Über pigmentierte Adenome der Nebennieren.* Beitr. zu path. Anat. und zu Allgm. Path., Bd., 215, 1912.

MANCA. *Cisti linfatiche.* Arch. It. di anatomia e istologia patologica, 3, 1932.

MARCHETTI. *Über eine Degenerationscyste der Nebenniere mit. kompensatorischer Hypertrophie.* Virch. Arch. für Path. An. und Physiologie, Bd., 172, 1903.

MONTALDO. *Sulle cosidette cisti linfatiche della ghiandola surrenale.* Tumori, 1936.

NIOSI. *Sopra una voluminosa cisti retroperitoneale sviluppatasi in una ghiandola surrenale accessoria, ecc.* La Clinica Moderna, 20, 24, 1907.

PENDE. *Trattato sintetico di patologia e clinica medica.* Vol. III.

PREUSSE. *Über ein Lymphangiom einer amyloid endostaler Nebenniere.* Zentralblatt f. allgm. Path. und path. Anat., Bd., 25, 1914.

ROUTIER. Société de Biologie, Paris, 1894. Cit. da MARCHETTI.

SCHRADER. *Zur Frage der Entstehung der sogenanten Nebennierenapoplexie.* Frank. Zeitsch. für Path., 37, 1929.

SEVERI. *Struttura delle vene e patogenesi di alcune apoplessie delle ghiandole surrenali.* La diagnosi, VI, 1935.

SIMMONDS. *Über Kompensatorische Hypertrophie der Nebenniere.* Virch. Arch. f. path. Anat. und Physiol. Bd., 153, 1898.

ID. Virch. Arch. f. path. Anat. und Physiol., 1902. Cit. da SCHRADER.

TERRIER et LACENE. *Les grands kystes de la capsule surrenale.* Rev. de Chir., 9, 1906.

VIRGILLO. *Contributo allo studio delle apoplessie delle ghiandole surrenali.* Giorn. di Medicina militare, 81, 1933.

VOLKMUTH. *Uber Angiome der Nebennieren,* in Handbuch der Spez. path. Anat. und Hist., 1926.

WEISSENFELD Zieglers Beitr., 70, 1922. Cit. da SCHRADER.

WOLFSON. *Zur Frage der Nebennierenapoplexie.* Inaug. Diss., Druckerei Leemann, Zürich, 1934.

SUNTI E RASSEGNE

MANIFESTAZIONI EMORRAGICHE

Stati emorragipari minimi e latenti. Classificazione ed accorgimenti diagnostici.

(J. ROSKAM. *Presse Méd.*, 31 maggio 1939).

Molti stati emorragipari figurano tra quelle entità cliniche che, per non avere una espressione nosologica ben distinta, vanno sotto il nome di sindromi, il cui numero è anche variabile secondo i diversi Autori.

Perchè la Clinica possa portare un po' di luce su queste manifestazioni morbose è opportuno classificarle secondo i loro sintomi essenziali; in seguito si può procedere a suddivisioni in base ai loro segni secondari, all'etiologia e anche al loro trattamento.

Intanto è bene ricordare che esistono soggetti i quali, pur non avendo mai presentato alcuna emorragia nè mai sanguinato in modo profuso, posseggono uno stato emorragiparo latente, così che in seguito a un accidente o a un intervento qualsiasi anche minimo possono da un momento all'altro avere emorragie persino profuse e di prognosi severa.

Altre volte si tratta di individui che presentano piccole emorragie localizzate le quali a un certo momento possono divenire diffuse e cospicue.

Saper scoprire questi stati emorragipari latenti o minimi è importante sia dal punto di vista sociale che da quello medico-pratico. Una classificazione schematica comprende tre gruppi:

1) Malati in cui il sangue coagula in vitro con ritardo: *emofilici* nel senso più largo della parola.

2) Pazienti con coagulabilità sanguigna normale ma presentanti certe tare vascolo-sanguigne o puramente vascolari, classificabili come « *sindromi emogeniche* ».

3) Soggetti in cui ad una o più tare delle sindromi emogeniche si trova associato un certo grado di incoagulabilità sanguigna: in questi casi si tratta di *emofilo-emogenia*.

Con l'anamnesi si cercherà di stabilire bene se non vi siano degli stati emorragipari ereditari, tenendo presente che vi sono famiglie nelle quali un terreno emorragico può manifestarsi in modo diverso nei diversi individui, per esempio in uno con una piccola emogenia, in un altro con una porpora reumatoide tenace, recidivante.

Maggiore importanza ha la raccolta di segni obbiettivi:

Emofilia. Le tare vascolo ematiche che caratterizzano l'emogenia qui fanno difetto: il tempo di emorragia di Duke è, come è noto, normale. La causa delle emorragie profuse degli emofilici risiede nel fatto che il coagulo, per essere meno compatto, meno resistente, più labile, si distacca più facilmente dai vasi; si hanno così emorragie incoercibili, specialmente a livello di organi mobili o facilmente vulnerabili.

Per apprezzare la coagulabilità sanguigna di un soggetto in esame dovremo, fatto ancora troppo spesso misconosciuto, prelevare il sangue direttamente da una vena con un ago corto e largo paraffinato, distribuirlo in 5-6 tubi da emolisi nella quantità di 1 cmc. per tubo: nei tubi tenuti inclinati e raddrizzati ogni tanto, si noteranno a un certo momento i primi filamenti di fibrina nel sangue che scola lungo le pareti (tempo di reazione) e in seguito formazione di un coagulo compatto aderente alle pareti (tempo di coagulazione). In un soggetto sano il tempo di reazione va da 3 a 5 minuti, il tempo di coagulazione da 5 a 10 minuti.

Entrambi i tempi sono allungati nell'emofilia e nell'emofilo-emogenia.

Sindromi emogeniche. In queste sindromi, che sono la maggior parte degli stati emorragipari osservabili in clinica, si comprendono tutte quelle varietà caratterizzate da un tempo di coagulazione normale.

L'emogenia non può essere considerata come una « malattia dalle piastrine » perchè se è vero che vi sono delle forme con piastrinopenia è altresì vero che esistono forti trombopenie senza sindrome emorragica, come quelle segnalate nella spirochetosi itterogena all'inizio, nell'anemia aplastica, nel tifo esantematico, nelle emogenie costituzionali dopo l'asportazione della milza. Patologi e clinici sono oggi d'accordo per dare piuttosto importanza alle alterazioni vascolari: endotelite, angioite parcellare emorragica, angiopsatirosi. Perciò i dati forniti dal *conteggio delle piastrine* non costituiranno che degli elementi diagnostici di secondaria importanza.

Anche l'*irretrattabilità del coagulo* non merita di far parte dei sintomi essenziali delle sindromi emogeniche. A volte questo segno può mancare del tutto nonostante anche una notevole trombopenia; inversamente, si può avere mancata retrazione del coagulo senza che il soggetto abbia tendenza alle emorragie.

Invece è importante la *prova del tempo di emorragia o bleeding-time, di Duke*. La prova consiste nel fare una piccola incisione sul lobulo dell'orecchio in modo che la goccia di sangue raccolta ogni mezzo minuto sulla carta bibula vi faccia una macchia di 1-2 cm. di diametro, senza che la carta tocchi le labbra della ferita. In un soggetto normale l'emorragia dura da 1 a 3 minuti, raramente 4. Un tempo di 5 minuti è già sospetto.

Quando si trova un tempo normale in un soggetto sospetto, non ci si deve accontentare di una sola constatazione, perchè è possibile che in un altro punto o nel lobulo auricolare del lato opposto il tempo risulti anche fortemente

prolungato. Bisognerà perciò in alcuni casi ripetere la prova di Duke 2, 4, 6, 8 volte se occorre, nell'uno e nell'altro orecchio. Solo così ci si potrà render conto della gravità e della generalizzazione dei fattori emorragipari.

Per saggiare la *tendenza alle rotture vasali* la prova migliore è quella del laccio, introdotta in clinica da Frugoni e Giugni, Weil e Chalier; migliore perchè, essendo le lesioni vascolari delle sindromi emogeniche diffuse si, ma inegualmente distribuite in tutto l'organismo, è più vantaggioso sottoporre alla prova un territorio cutaneo di una certa estensione come quello dell'avambraccio.

Tra tutte le tecniche di compressione è preferibile quella che va sotto il nome di « prova del bracciale » (Roskam, 1929) che consiste nell'applicare il bracciale di uno sfigmomanometro ai due terzi inferiori del braccio e nell'esercitare una pressione eguale alla metà della somma della pressione massima e minima $\frac{Mx. + Mn.}{2}$ per un quarto d'ora; qualche minuto dopo la fine della compressione si osserva alla vetro-pressione la cute dell'avambraccio e della mano compresa la faccia palmare e la faccia interdigitale delle dita, notandovi il numero e l'aspetto degli elementi purpurei eventualmente comparsi.

La quantità delle emorragie così provocate non ha importanza; in molte malattie non emorragipare, ipertensione arteriosa, diverse infezioni e intossicazioni, avitaminosi C, diabete, glaucoma cronico, ecc., si possono con questo metodo provocare numerose petecchie. Quello che conta è l'aspetto qualitativo della porpora provocata; nei veri stati emorragipari le petecchie sono di un color rosso vivo ed alcune, patognomoniche, raggiungono 1, 2, 3 mm. di diametro.

Per cui, petecchie innumerevoli quasi confluenti ma puntiformi non potranno permettere di concludere per l'esistenza di uno stato emorragiparo ma solo denunciare uno stato generico di fragilità vasale, mentre petecchie di grande diametro riveleranno l'esistenza di un difetto dell'emostasi spontanea e quindi stato emorragiparo, poichè in questi casi il segno del bracciale ha il significato di un tempo di emorragia prolungato dentro la pelle stessa.

Negli *stati emofilo-emogenici* i sintomi dell'emofilia si associano con quelli dell'emogenia. L'esplorazione clinica rivelerà le tare sanguigne e vascolari delle due sindromi emorragiche. M. Rastelli.

L'allergia salivare emorragica.

(G. Sanarelli. *Annales de l'Inst. Pasteur*, agosto 1939).

Da questo interessante lavoro l'A. comincia col mettere a punto la questione della precedenza cronologica del fenomeno dell'allergia emorragica. Il fenomeno fu segnalato dal Sanarelli nel 1916 in un lavoro sperimentale che fu ampiamente riportato in un lavoro del 1924.

Il fenomeno fu osservato nei tentativi di riprodurre sperimentalmente lo stato algido del colera. Sul principio il fenomeno rimase completamente oscuro. Successivamente l'A. lo provocò mediante lo choc. Egli lo chiamò *epitelassia*, che si gnifica caduta degli epiteli. Effettivamente il periodo algido del colera è caratterizzato da una caduta brusca e massiva di tutti gli epiteli delle mucose (delle vie digerenti, urinarie e biliari).

Il fenomeno è più vicino all'allergia che all'anafilassi.

Il fenomeno consiste in questo: se si inietta in una vena o anche in un organo interno (p. e. appendice) una dose non letale di microbi (iniezione preparante), poi, circa 24 ore dopo, si inietta, sempre per via endovenosa una quantità ancora più piccola di un filtrato batterico (iniezione scatenante), si ha subito o dopo un brevissimo periodo uno choc gravissimo, mortale, accompagnato da convulsioni e seguito da manifestazioni emorragiche, degenerative, umorali, ecc., interessanti tutti gli organi e tessuti già sensibilizzati, direttamente o indirettamente dall'iniezione preparante.

Questo fenomeno ha subito successivamente diverse interpretazioni specialmente in rapporto colle manifestazioni morbose osservate in patologia umana (gastroenteropatie, epatopatie, ulceri gastroduodenali, coliti ulcerose e emorragiche, infarti del tenue, appendiciti, porpora, emorragie delle membrane oculari, glaucomi emorragici, nefriti emorragiche, pancreatiti, ecc.).

Solo nel 1928 sono comparsi i primi lavori dello Shwartzman sul fenomeno di Sanarelli. Lo Shwartzman lo considerò un fenomeno nuovo e lo studiò soltanto dal punto di vista della reazione cutanea e non citò mai i lavori del Sanarelli, al quale spetta senza dubbio la paternità della scoperta.

Durante ricerche recenti (1937) sulla premunizione aspecifica delle enteropatie sperimentali di origine microbica il Sanarelli mise in evidenza una particolare reazione biologica, che per molti aspetti gli è sembrata nuova, sebbene possa riportarsi al suo fenomeno di allergia emorragica.

Volendo studiare l'azione preventiva e curativa di una anaenterotossina aspecifica in alcune enteropatie provocate sul coniglio, egli rinunziò all'impiego di microbi specifici enterotropo (b. coli, b. della dissenteria, vibrioni colerici e b. paratifi), perchè troppo tossici e si servì della flora batterica normale della cavità orale. L'ha. fatto ritenendo che sono proprio questi i germi che, penetrando in circolazione molto più spesso di quel che si pensa,

provocano batteriemie ed enteropatie, assumendo carattere vario, emorragico, infiammatorio, purulento, ulceroso, infiltrante, plastico, stenosante.

La flora boccale comune ha molti batteri e spirochete, generalmente non coltivati coi mezzi comuni aerobici. Colle culture di isolamento si trovano alcune specie microbiche coltivabili, micrococchi e streptococchi, poco virulente per gli animali di laboratorio e a volte anche un pneumococco poco tossico.

La conservazione di saliva in provette sterili e in termostato o a temperatura di laboratorio dimostra che lo sviluppo di questa flora salivare è quasi nullo. Il che conferma vecchi esperimenti del Sanarelli stesso che dimostravano l'azione battericida, attenuante e inibitrice della saliva su tutti i batteri, compresi i difterici. Alle sostanze inibitrici della saliva alcuni hanno voluto dare il nome di « inibine ».

Questo fatto contrasta nettamente colla presenza di numerosi batteri presenti nella saliva osservata direttamente al microscopio. La spiegazione si ha osservando che numerosissimi germi si hanno sugli elementi epiteliali della mucosa orale e quindi bisogna pensare che molti dei germi della bocca, che non si riescono a coltivare in terrreni aerobi, vivono e si sviluppano solo su cellule morte e sui loro rifiuti.

La flora della bocca è del resto fragilissima ed è sottoposta all'azione autoepuratrice della saliva.

L'A. è riuscito ad ottenere, con una tecnica minutamente descritta, mediante iniezioni di saliva gastroenteropatie salivari croniche di probabile natura proteica nel coniglio (si è servito per questo di liquido salivare decantato, sterile).

Le iniezioni di liquido salivare sterilizzato provocano il fenomeno di Sanarelli non dopo due, ma dopo 3 iniezioni endovenose fatte a distanza di 24 ore una dall'altra. Poco dopo la 3ª iniezione gli animali hanno attacchi dispnoici e convulsivi seguiti da morte.

L'autopsia dà: sangue nel peritoneo, congestione intensa di tutti gli organi e di tutte le mucose, frequenti emorragie viscerali (pareti intestinali, muscolo psoas, corna uterine, reni e polmoni).

Le iniezioni endovenose di liquido inattivato usate a dosi elevate o molto frequenti danno una gastroenterite cronica di origine proteica. La probabile natura proteica è confermata dal fatto che il liquido salivare inattivato e decantato è molto ben tollerato per iniezioni.

Oltre le reazioni allergiche viscerali ottenute colle iniezioni endovenose di liquido salivare, si possono avere manifestazioni emorragiche cutanee preparando opportunamente il tessuto cutaneo con iniezioni intradermiche di saliva.

La reattività salivare cutanea può essere provocata impiegando saliva naturale, cioè non sterilizzata, perchè le piccole dosi usate (cc. 0,20) non sono sufficienti a determinare una setticemia streptococcica. Però la terza iniezione scatenante provoca la morte dell'animale per choc allergico.

I conigli sottoposti in precedenza a iniezioni endovenose deboli e sopportabili di saliva inattivata diventano resistenti all'allergia salivare emorragica provocata dalla tripla iniezione endovenosa e la premunizione è così forte che possono sopportare impunemente un'altra tripla serie di iniezioni endovenose a dose allergizzante. Inversamente invece non è possibile attuare una preparazione salivare antiallergica mediante iniezioni sottocutanee o peritoneali di saliva.

Sembra pure che le iniezioni sottocutanee, sebbene ben sopportate in apparenza, diminuiscano la resistenza dei conigli di fronte alle crisi allergiche provocate in seguito e rendano ugualmente possibile la comparsa di una nefrite emorragica, che non si osserva mai nei conigli nuovi nei quali si scatena la crisi allergica.

Le iniezioni endovenose di saliva decantata non sono capaci di determinare una qualsiasi preparazione o premunizione allergica.

L'allergia salivare emorragica non sembra avere un carattere di stretta specificità.

La questione se le crisi allergiche salivari siano dovute ai microbi della saliva o ai granulociti salivari non è ancora risolta, perchè sebbene le iniezioni con questi materiali pare non possano provocare reazioni allergiche emorragiche, non sono indifferenti perchè, se ripetute, provocano cachessia mortale. L.

ORMONI.

Basi della ormono-terapia. Le sostanze tiroidee nei disturbi mestruali.

(P. GRUNBRACHT e A. LOESER. *Klin. Wochenschr.*, n. 30, 1939).

Le sostanze attive della tiroide sensibilizzano l'ovaio all'azione dell'ormone gonadotropo della ipofisi. Una concentrazione di tale ormone che è troppo debole per esercitare una qualsiasi influenza sull'ovaio, diventa immediatamente attiva se si iniettano gli ormoni tiroidei.

Iniettando tirossina a ratti infantili si provocano perciò alterazioni caratteristiche dell'ovaio, diverse a seconda della dose usata. Piccole dosi provocano una affrettata maturazione dei follicoli che si trasformano in vescicole di Graaf pronte a rompersi, e talvolta in corpi lutei: allo stesso tempo si modifica in modo caratteristico l'epitelio della vagina. Forti dosi di tirossina provocano pure una affrettata ma-

turazione dei follicoli, ma in seguito ad atresia e a degenerazione cistica del follicolo la maturazione si arresta prematuramente: mancano allora le alterazioni della mucosa vaginale.

Iniettando a ratti infantili l'estratto del lobo anteriore della ipofisi e ad alcuni di essi anche la tirossina, si constata che questi ultimi sono più sensibili all'ormone gonadotropo: quelle stesse dosi di ormone ipofisario che da sole provocano soltanto un inizio di maturazione follicolare, iniettate dopo la tirossina provocano una maturazione completa e la formazione di corpi lutei.

A seconda della dose di tirossina si ottengono corpi lutei nel 30 %-80 % degli animali. Gli stessi risultati si ottengono anche se si inietta prima la tirossina e poi l'ormone ipofisario, come pure se invece di tirossina si inietta il colloide tiroideo (corpi lutei nell'ovaio di 25 %-90 % dei ratti infantili, a seconda della dose di colloide). Nelle ipotesi dei ratti infantili trattati con estratti tiroidei non si può dimostrare alcun aumento di sostanze attive gonadotrope: si deve quindi ammettere che l'azione della tiroide sull'ovaio dipenda esclusivamente dall'aumento di reattività di quest'ultimo alle sostanze gonadotrope ipofisarie, già circolanti spontaneamente oppure artificialmente introdotte.

L'azione sensibilizzante delle sostanze tiroidee sembra essere specifica, essa si manifesta solo se si iniettano sostanze gonadotrope estratte dalla ipofisi, non se queste vengono sostituite dalla stessa sostanza estratta dalla urina di gravida (Prolan: esperimenti su 90 ratti infantili).

Anche in condizioni fisiologiche le sostanze tiroidee agiscono sull'ovaio: allo scoppio dei follicoli il liquido arriva nell'utero attraverso la tuba (grazie a particolari condizioni anatomiche nel ratto): lì l'ormone follicolare viene probabilmente trasformato in un ormone che attiva la tiroide a una maggiore secrezione di ormoni, i quali a loro volta sensibilizzando l'ovaio agli ormoni ipofisari, agiscono sui processi di maturazione ovulare. Per quanto nella donna non esista una diretta connessione anatomica tra l'ovaio e la tuba, pure si hanno periodiche alterazioni della attività tiroidea in rapporto al ciclo mestruale. La conoscenza dei rapporti tra gli ormoni tiroidei e la maturazione dei follicoli è importante per la interpretazione e la cura di alcuni disturbi mestruali. Le citate ricerche sui ratti infantili indicano che una stessa affezione della tiroide può causare diverse anomalie mestruali: infatti l'iniezione di tirossina provoca a seconda della dose o una accelerata maturazione di ovuli oppure una maturazione precipitosa che non arriva al suo termine, quindi negli stati di ipertiroidismo si può avere sia una polimenorrea (accelerata maturazione dei follicoli, o danno incipiente dell'ovaio) che una oligo- o amenorrea (danno più spiccato risentito dall'ovaio, distruzione di follicoli, deficiente produzione di ormone follicolare). Così pure negli stati di ipotiroidismo si possono avere sia oligomenoree, che metrorragie o anche menorragie; nei casi estremi, nel mixedema, i processi di maturazione ovulare cessano del tutto (infantilismo, ipoplasia spiccata dell'utero, amenorrea).

L'importanza della tiroide per la patogenesi dei disturbi mestruali risulta chiara dai risultati favorevoli che si ottengono agendo terapeuticamente solo sulla tiroide: a seconda dei sintomi clinici (importante è soprattutto il metabolismo basale) si daranno o sostanze tiroidee oppure antitiroidee (diiodotirosina). Sono riferiti 2 casi clinici tra i molti di anomalie mestruali trattati o con tirossina, oppure con diiodotirosina. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

IVAN BERTRAND, IEAN DELAY e IACQUELINE GUILLAIN. *L'Électroencéphalogramme normal et pathologique.* Masson et C.ie Edit. Paris, 1939, pag. 293. Pr. Fr. 90.

Non esisteva nella letteratura internazionale un'opera, che raccogliesse le principali nozioni tecniche, psico-fisiologiche, patologiche, sperimentali, riguardanti l' elettro-encefalogramma. Non è molto tempo che nella nostra pratica diagnostica si applica, e molto scarsamente, l'elettro-cardiogramma, che pur tuttavia non richiede l'organizzazione di un speciale laboratorio, non presenta particolari difficoltà tecniche, e richiede soltanto una addestrata esperienza di osservazione e di interpretazione; dell'elettro-encefalogramma poco o nulla si è detto e molto meno si è fatto, e da molti possiamo dire che è completamente ignorato.

Il Bertrand e il Delay hanno colmata la lacuna e hanno scritto un libro sull'argomento, che è un libro ampliamente sperimentale di bio-elettrologia e di semejotica dell'elettroencefalogramma patologico. In esso, partendo da quelle oscillazioni di potenziale della corteccia cerebrale, che per il primo mise in evidenza l'inglese Caton nel 1875 servendosi di un semplice galvanometro, studiarono il comportamento encefalografico tanto delle funzioni cerebrali sensitive-sensoriali e motrici, quanto di quelle psichiche, per cui fu dimostrato come il lavoro intellettuale, il riposo mentale e il sonno, tanto fisiologico che patologico, hanno un loro particolare comportamento bioelettrico.

Gli AA. hanno rivolta la loro osservazione elettro-encefalografica anche ad alcuni stati patologici: ad alcune forme di deficienza men-

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

tale, all'epilessia, in cui in precedenza (Lennox, Pagniez e altri) si era dimostrata l'importanza diagnostica della bio-elettricità, alla paralisi progressiva e varie altre forme di demenza, alle sindromi ciclotimiche e schizofreniche, nelle quali già il Iasper e il Salomon avevano constatate delle anomalie caratteristiche, alla ipoglicemia insulinica applicata alla terapia della schizofrenia.

Base della tecnica e delle deduzioni sperimentali è il comportamento quantitativo e qualitativo di due specie di onde, le onde « alfa » e quelle « beta », messe in evidenza dall'elettro-encefalogramma preso in derivazione bipolare fronte-occipitale: le dette onde si differenziano per particolari caratteri di frequenza, durata, periodicità, ampiezza, regolarità, reazioni di arresto, e secondo alcuni autori di localizzazione corticale. Le variazioni anormali, e al di fuori di quelle fisiologiche e bio-tipologiche, nel modo di presentarsi delle due qualità di onde costituiscono le espressioni dei vari stati patologici.

Le onde possono mancare, possono essere modificate nella frequenza, nell'ampiezza, nella forma, nel sincronismo, ecc.

Precede le ricerche cliniche e sperimentali una amplia parte dedicata alla tecnica encefalografica. Ogni encefalogramma normale e patologico è reso di chiara evidenza dimostrativa da riproduzioni fotografiche. Estesa è la parte bibliografica.

È un libro questo, che siamo ben lieti di presentare e diffondere tra i medici italiani, di grandissimo significato semeiologico, diagnostico e clinico, che esplora, con spirito rigoroso di ricercatore, un campo in gran parte ignoto o non sufficientemente apprezzato. Noi ci auguriamo che sia letto e studiato con particolare attenzione e con fervida volontà di iniziarsi ad una sfera di ricerche, che indubbiamente contengono gli elementi basali di nuove e sorprendenti rivelazioni sulla fisio-patologia cerebrale. G. MÒGLIE.

C. FRANK. *Biomeccanica cerebrale*. Editori Nistri-Lischi. Pisa. Prezzo L. 40.

Questo volume di 650 pagine con 38 figure nel testo fa parte della collana dei « Manuali Pratici di Medicina Psicologica » scritti tutti da Casimiro Frank.

L'opera consta di due parti (la nuova terapia fisiologica e la biomeccanica cerebrale) e considera tutta l'attività cerebrale nelle sue estrinsecazioni fisiologiche e psicologiche secondo punti di vista affatto originali.

In base alle sue indagini sulla corteccia cerebrale umana ed alla sua lunga esperienza clinica l'A. conclude:

« Le onde vitali mentali pallofasiche iperattive rappresentano la forza fondamentale dell'uomo supercosciente, il quale, agendo con parole stimolo biopsicologico, produce per via biomeccanica tutte le altre forme di energia; difatti, dette onde provocano il ricambio corticale ossidattivo completo e atossico, dominano tutte le altre funzioni neurovegetative, conferiscono l'immunità per le malattie e prolungano notevolmente la durata della virilità, nonchè della vita ». *a. a.*

G. PENSO. *Igiene della vita coloniale*. Un vol. in-16° di 172 pag., con 15 figg. Istituto naz. delle Assicurazioni, Roma, 1939. L. 5.

Nel concorso bandito dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, sempre fecondo di nobili iniziative, per un manuale di igiene coloniale, è riuscito vincitore il prof. Penso, con questo libro molto chiaro e pratico.

Dopo una breve introduzione, in cui sono messe in luce le previdenze del Regime nelle Colonie, l'A. si occupa dell'acclimatazione, del modo di vestire, dell'alimentazione, della casa, delle regole di igiene generale. L'importante questione della prevenzione delle malattie infettive è trattata largamente, in modo rigorosamente scientifico, ma perfettamente intelligibile anche a persone di modesta coltura.

fil.

Wiener Arch. f. inn. Medizin. Vol 33, n. 1, 80 pagg. con 11 figg., luglio 1939.

Contiene i seguenti lavori. Il peso delle tiroidi in Svizzera (W. Risch). Tumore della ghiandola carotidea con accessi epilettici (W. Birkmayer). Poliartrite cron. progr. tireotossica (K. Tschilow). La graduale scomparsa del calcio dalle ghiandole tub. ilàri (W. v. Blumencron). Rapporti fra anemia pern. ed achilia ipocromica (G. E. Merikas). La questione zoster-varicella (B. Kopasz).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Cardite reumatica nei paesi caldi.

Le opinioni sulla febbre e sulla cardite reumatica nei paesi caldi sono discordi. Secondo alcuni non si ha mai, secondo altri è rara e dà manifestazioni lievi e secondo altri ancora la frequenza e gli esiti non differiscono da quanto si osserva in Europa.

P. B. Fernando (*The Quarterly Journ. of Medic.*, luglio 1939) ha studiato i dati di autopsia dell'Ospedale Generale di Colombo (Ceylon) dal 1934 al 1937 e i dati clinici riguardanti lo stesso periodo.

Su 1110 autopsie, 178 riguardavano malattie cardiovascolari e fra queste solo 41 carditi reumatiche e precisamente 27 di stenosi mitralica, 2 di insufficienza mitralica, 5 di stenosi mitralica e insufficienza aortica, 3 di stenosi mitralica e stenosi aortica, 1 di stenosi aortica pura e 3 di pericardite.

Quindi la cardite reumatica si ebbe nel 23 % delle autopsie per malattie cardiovascolari e nel 3,6 % delle autopsie totali. L'età dei colpiti andava da 11 a 60 anni con prevalenza delle femmine.

L'esame dettagliato di queste autopsie non ha dato differenze sensibili da quanto si ha nei climi temperati.

Clinicamente, su 10.003 ricoverati ci furono 657 malati dell'apparato cardiovascolare, di cui 143 per cardite reumatica. La percentuale è simile ai dati di cinque ospedali australiani. Le manifestazioni cliniche dell'artrite reumatica furono identiche a quelle osservate nei climi temperati. In essa le manifestazioni valvolari prevalsero sulle altre come succede in altri paesi. La lesione valvolare più frequente è stata la stenosi mitralica e poi la insufficienza aortica. La pericardite si ebbe nel 6,9 % dei casi, la fibrillazione auricolare in circa 1/4 dei malati al disopra dei 30 anni e prevalentemente nei malati di stenosi mitralica.

L'incidenza maggiore dei casi si ebbe fra 21 e 40 anni. Tutti i casi riguardavano malati appartenenti a classi sociali poverissime, che vivono in condizioni di sovraffollamento e di denutrizione.

La corea fu molto più rara (di 1/3 inferiore che a Victoria); noduli reumatici sottocutanei non furono osservati a Ceylon. L.

Contro la tubercolosi articolare reumatoide di Kienböck.

Comunque si voglia interpretare il concetto del « reumatismo articolare tubercolare » di Poncet, tutti sono d'accordo nell'ammettere la grande rarità di tale forma morbosa. Ad ogni modo nessuno, dice F. Oehlecker (*Deut. Mediz. Wochenschr.*, 16 giugno 1939) ha esteso il concetto di Poncet in modo così esagerato quanto Kienböck, che considera di natura tubercolare qualsiasi forma di reumatismo cronico. Anche i nodi di Heberden e la malattia di Still apparterebbero al gruppo della « tubercolosi reumatoide »; ed avrebbero la stessa etiologia la maggior parte dei dolori lombari e sacrali ostinati, la sciatica, il piede piatto doloroso. Un accurato esame dei radiogrammi addotti da Kienböck a conferma della sua teoria non presenta alcun segno caratteristico per la tubercolosi: solo in singoli casi potrebbe trattarsi di tubercolosi incipiente, ma nel senso di vera e tipica tubercolosi articolare. Kienböck ammette che da un focolaio primario i bacilli di Koch arrivino per via ematica alla sinoviale dove provocherebbero la formazione di tessuto di granulazione tubercolare a decorso proliferativo, benigno, asciutto. È vero che queste sue affermazioni non vengono senz'altro confutate dal fatto che in tale tessuto non si trovano bacilli di Koch e che l'esame istologico è negativo, esiste però una prova assolutamente sicura della natura tubercolare o meno di un tessuto patologico: la inoculazione nella cavia. Fatta con tecnica scrupolosa è una prova assolutamente decisiva: ora nessuno dei casi di Kienböck è stato convalidato da tale prova, egli si basa esclusivamente sui reperti radiologici. Neppure l'affermazione di Kienböck che la spondilartrite anchilopoietica sia una indubbia forma di tubercolosi (l'irrigidimento e l'infiammazione delle articolazioni vertebrali sarebbe una forma essudativo-sinostosante di tubercolosi articolare reumatoide) va oltre una semplice ipotesi, non suffragata dalla minima prova. P.

Reumatismo cervicale cronico a forma disfagica.

Et e Em. May (*Soc. méd. hôpitaux*, 7 luglio 1939) riportano il caso di una donna, che aveva subìto una gastrostomia ed entra all'ospedale con diagnosi di cancro dell'esofago. Gli esami dimostrano che si trattava, invece, di una disfagia molto accentuata dovuta ad un reumatismo cronico della colonna cervicale.

È questa una causa d'errore rara ma possibile nella diagnosi del cancro dell'esofago. È pertanto necessario conoscerne la possibilità, tanto più che in questi casi, il reumatismo è di solito latente. Trattasi, di solito, di una lesione anteriore con ossificazione del legamento prevertebrale, per cui si forma, da C_3 a C_6, una voluminosa prominenza, che può comprimere l'origine dell'esofago. Tale forma anteriore e disfagica del reumatismo cer-

vicale si oppone agli osteofiti laterali, di cui il risentimento radicolare determina precocemente una sintomatologia dolorosa abbastanza precisa per attirare l'attenzione. *fil.*

Nefrite familiare.

Dickinson ha osservato albuminuria in una famiglia per tre generazioni. Pel in tre generazioni di una famiglia ha trovato 19 casi di nefrite e di questi parecchi morirono per uremia. Altri casi di nefrite familiare furono riferiti da Kidd, Thomson e Maculey, Benson, Eason, Ernestene.

S. S. Rinkoff, A. Stern e H. Schumer (*The Journ. of the Americ. Medic. Assoc.*, 19 agosto 1939) hanno osservato nefrite in tre fratelli di 24, 25 e 23 anni. Tutt'e tre morirono in un tempo relativamente breve per uremia, tutt'e tre s'ammalarono press'a poco alla stessa età. Nessuno dei tre aveva avuto scarlattina. L'autopsia non ha dato ipogenesia renale (si attribuisce ad ipogenesia la facilità ad ammalare del rene), ma bisogna ugualmente ammettere in questi casi nel rene un locus minoris resistentiae.

Ricerche fatte con filtrati batterici e con antigeni alimentari sulla madre e i fratelli minori dei malati non hanno dimostrato una particolare sensibilità dei familiari. Una sorella diciannovenne si lamentava di senso di freddo alle estremità e formicolìo alle dita e trattenendo il respiro arrestava il polso radiale (esperimento di Valsalva), però non presentava spasmi vascolari.

Per quanto riguarda la genesi dei tre casi descritti dagli AA. bisogna ammettere che i reni presentassero un locus minoris resistentiae in soggetti con tessuto renale ipersensibile a tossine batteriche probabilmente di origine sinusale. L.

L'esplorazione funzionale del midollo osseo nelle nefriti.

B. Nolli (*Giornale di Clinica Medica*, 10 agosto 1939) che fin dal 1934 aveva, in collaborazione col Salaris, messo in evidenza le alterazioni ematiche dei nefritici che dimostrano l'esistenza di una caratteristica mielopatia, ha completato ora lo studio dell'argomento esaminando il midollo sternale prelevato con puntura in 18 nefritici.

Il reperto di autopsia per uremia dà midollo osseo ridotto quasi esclusivamente a midollo grasso e gelatinoso. Michelozzi e De Renzi hanno trovato colla puntura sternale un'ipoplasia mieloide globale, e un'ipoplasia midollare ha trovato anche il Nordenson. Löwinger ha distinto due forme di alterazioni midollari nei nefritici: un'ipoplasia anatomica vera e un'inibizione citoevolutiva con immaturità e relativa iperplasia. Alterazioni ipoplastiche hanno trovato anche Fieschi e Falzoi.

L'A. conclude dallo studio dei suoi 18 casi (esposti dettagliatamente dopo una rassegna critica degli esami del puntato midollare) che nelle glomerulonefriti in evoluzione, in qualunque stadio esse siano, salvo quello terminale di uremia vera immediatamente precedente all'exitus, si ha fin dagli studi iniziali un quadro midollare caratteristico, nettamente diverso dalle altre anemie secondarie, infettive o tossiche, croniche o acute.

Questo quadro midollare è caratterizzato da netta diminuzione degli elementi più immaturi tanto della serie rossa che della bianca, con aumento considerevole delle cellule più mature. Aumentano sopra tutto gli eritroblasti ortocromatici nei confronti dei basofili e dei policromatofili. Non esistono alterazioni dei megacariociti. Il rapporto leucoeritropoietico è deviato a vantaggio dell'una o dell'altra serie tanto più quanto più sono gravi le compromissioni della crasi sanguigna. Scarse sono le cariocinesi.

Questo quadro si può interpretare come conseguenza di diminuito apporto di nuovi elementi da parte delle scarse cellule staminali alle due serie bianca e rossa. Questi nuovi elementi hanno prevalenza della maturazione sulla riproduzione.

Il quadro anemico dei nefritici non è in rapporto con carenza di ferro e probabilmente si deve riportare all'alterazione ben nota col nome di *capillaropathia universalis* di Brown e Roth. L.

Trattamento preventivo della litiasi urica.

Vita all'aria libera, camminare senza eccedere, evitare le fatiche fisiche; nel vitto, predominanza dei vegetali e delle frutta sulle carni.

La terapia medicamentosa, come osserva Tant (*Bruxelles, méd.* e *J. praticiens*, 22 luglio 1939) consiste nell'uso di rimedi che solubilizzano ed eliminano l'acido urico. I più attivi sono gli alcalini e, fra questi, il bicarbonato di sodio che, alla dose di 3 grammi al giorno, riduce l'acidità delle urine, impedisce la precipitazione dell'acido urico e mantiene il pH del sangue in limiti normali. A dose più alta, però, esso alcalinizzando le urine può fare precipitare i fosfati; sarà quindi sufficiente prenderne 25 cg. due volte al giorno per periodi di 10 giorni.

I medici inglesi prescrivono i sali di potassio: Bicarbonato di potassio g. 10; Nitrato di potassio g. 5; Acqua dist. g. 300; un cucchiaio prima dei due pasti principali, per 10 giorni al mese.

Anche l'acido citrico agisce nello stesso senso, trasformandosi in citrato di sodio alcalino; sono state preconizzate delle cure di 6-30 limoni al giorno, quantità tale da rovinare lo stomaco e quindi non tollerata. È stato consi-

gliato anche l'acido fosforico unito al fosfato di sodio: Ac. fosforico g. 5; Fosfato di sodio g. 10; Acqua dist. g. 300; un cucchiaio prima dei due pasti principali, per 10 giorni.

L'azione dissolvente dei sali di litina è dimostrata; essa però si esplica soltanto in presenza di cloruro di sodio (10-15 cg. al giorno); si preferisce il salicilato di litina. Abbastanza ben tollerata è la piperazina, o dietilen-diamina, che abbassa le cifre dell'acido urico ed aumenta quelle dell'urea. Raccomandato è altresì l'atofan; il novatofan non irrita lo stomaco (50 cg. ai due pasti principali, per 10 giorni di seguito). Tutti questi medicamenti possono alternarsi.

Nel trattamento preventivo, si aggiungerà la somministrazione di vitamina A (burro, carotene, verdure); gli spinaci, proibiti da un punto di vista teorico in Francia per la loro ricchezza in ossalati, sono invece prescritti in Inghilterra per la loro abbondanza in carbonati; praticamente, risultano sempre ben tollerati.

Utili assai anche le cure idropiniche.

fil.

LABORATORIO

Modalità della presa del sangue ed errori nella determinazione dell'alcool nel sangue secondo Widmark.

Per la determinazione dell'alcool nel sangue secondo Widmark si dovrebbe abbandonare del tutto il prelevamento coi capillari. Infatti, osserva W. Deckert (*Klin. Wochenschr.*, 2 settembre 1939) l'errore medio nella determinazione dell'alcool nel sangue prelevato con capillari arriva al 2,1-13,8 % è quindi rilevante. L'errore è dovuto alla evaporazione dell'alcool durante il prelevamento, alla mescolanza di siero tissurale durante la spremitura del sangue e alla parziale coagulazione nei capillari (il contenuto di alcool nel siero è diverso da quello negli eritrociti). Se invece il sangue viene estratto col metodo della venula, l'errore medio è insignificante, non superando esso il 4-2,6 %.

P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sperimentali sulla sieroterapia della poliomielite.

È ancora molto dibattuta, dice E. Gildmeister (*Deut. Mediz. Wochenschr.*, 18 agosto 1939) la questione se l'iniezione di siero di convalescenti eserciti o no una influenza benefica sulla poliomielite. Nelle esperienze su animali il siero di convalescenti si è rivelato inefficace ad impedire lo sviluppo della malattia, anche se iniettato prima della febbre iniziale; questo però non dimostra senz'altro che il siero sia inefficace anche nell'uomo, perchè l'infezione sperimentale viene eseguita in condizioni molto più gravi di quelle della malattia spontanea. Prove di neutralizzazione per mezzo di mescolanza del siero al materiale infetto da inoculare, dimostrano che solo nel 50 % dei casi i sieri di convalescenti contengono sostanze immuni: nella stessa percentuale ma in quantità assai minore, ne contengono i sieri delle persone sane che circondano il malato. Anche i sieri di poliomielitici senza paralisi sono attivi solo nel 50 % dei casi: essi però hanno un potere neutralizzante molto superiore a quella del siero dei paralitici. Il siero più adatto per la cura della poliomielite sarebbe dunque quello preso da malati di forme meningitiche senza paralisi: non essendo però possibile procurarlo in quantità e intervenendo anche notevoli difficoltà diagnostiche nelle forme senza paralisi, praticamente si dovrà raccogliere come finora il siero dai pazienti paralizzati. Poichè però soltanto il 50 % di questi sieri sono attivi, non si userà mai siero preso da un solo convalescente, ma mescolanze di più sieri. Quattro sieri di sangue retroplacentare presi a donne normali dimostrarono tutti una notevole azione neutralizzante sul virus poliomielitico: sono consigliabili a tale riguardo ricerche cliniche più estese.

P.

VARIA

La peste ad Avignone (1721-1722).

La peste fu importata da Marsiglia ad Avignone nel 1721. Sul principio i medici ebbero dei guai, ma non per curare i malati: essi furono in gran parte costretti a fuggire per sottrarsi agli insulti della folla che li considerava profittatori e impostori e ne domandava la testa. Gli ospedali erano abbandonati e i medici non ci prestavano servizio. L'Ospedale di S. Rocco, che era stato organizzato per raccogliere i pestosi, era un focolaio d'infezione, perchè vi si raccoglievano varie centinaia di malati mezzo nudi e abbandonati senza cure in attesa che la morte li liberasse dalle loro sofferenze.

Anche infermieri ed infermiere si comportavano male dal lato del buon costume. Dice Gilvain Gaquière (*Lab. prat. medic. chir.*, maggio-giugno 1939 in *Journ des pratic.*, 9 settembre 1939) che mentre nelle corsie si sentivano solo i lamenti dei malati, nelle camere del personale si sentivano solo i sospiri degli innamorati.

Fra i medici che non fuggirono, quattro morirono per l'infezione. I chirurghi anche quando erano incaricati di curare i malati in città non entravano neppure nelle case dei malati, tanto che furono richiamati all'ordine dal Consiglio Municipale. Ci furono però alcuni che dimostrarono grande coraggio e furono elogiati.

L.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Per i contributi delle catogorie professionali.

Nel recente Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro delle Corporazioni, è stato approvato un disegno di legge per l'accertamento e la riscossione con unica procedura dei contributi dovuti da categorie professionali. Allo scopo di esonerare le categorie professionali dalle molteplici formalità prescritte per il versamento dei vari contributi sindacali, previdenziali e assistenziali, il provvedimento detta norme con cui si semplificano, con l'adozione di un'unica procedura, l'accertamento e la riscossione dei contributi stessi.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BARI. *Cassa Mutua Pugliese Infortuni Agricoli.* — Medico ordinario e medico aiuto; titoli. Scad. 2 dic., ore 12. Rivolgersi alla sede, via Bozzi 17.

MILANO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico aiuto del dispensario prov. di Milano; 6 medici direttori di sezioni dispensariali; titoli ed esami; stip. L. 14.000 per ciascuno dei 7 posti; 21 ore settimanali. Età limite 40 a. Scad. ore 12 del 14 dic. Chiedere copie dei bandi. Rivolgersi alla segreteria (via Monforte 35).

NOVARA. *Amministraz. Prov.* — Ispettore dell'Ospedale psichiatr. prov.; titoli; scad. 15 dic., ore 17; stip. L. 8340, indenn. L. 1040, 6 quadrienni decimo, alloggio di 4 vani con luce e riscaldamento ovvero indenn. di L. 2000; età limite 30 a.; tassa L. 25; assunz. servizio entro 15 giorni.

POTENZA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico direttore della Sez. dispensariale di Melfi; L. 8000; età limite 40 a.; titoli ed esami. Rivolgersi alla Segreteria, via Roma 2.

VERCELLI. *Amministrazione Provinciale.* — È aperto il concorso per titoli scientifici e pratici ad uno dei due posti di Medico di Sezione presso l'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Vercelli. Scadenza ore dodici del 30 dicembre 1939-XVIII. Per informazioni rivolgersi alla Segreteria Provinciale.

VERCELLI. *Ospedale Maggiore degli Infermi sotto il titolo di Sant'Andrea.* — Medico aiuto nella Sezione gen. medica; id. nella Sezione gen. chirurgica. Scad. ore 18 del 9 nov.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il premio nazionale « Salitina » di L. 4000, indetto dalla rivista « Medicina dello sport e dell'educazione fisica » di Torino, diretta dal prof. Viziano, è stato assegnato al prof. Rodolfo Margaria, direttore dell'Istituto di Fisiologia dell'Università di Milano, per il lavoro « Indispensabilità dei glucidi e loro utilizzazione nel lavoro muscolare dell'uomo ».

NOTIZIE DIVERSE

Anno XVIII.

L'anno fascista che si chiude ha segnato un poderoso sviluppo in ogni settore della vita nazionale per il potenziamento economico e sociale, militare e politico, spirituale e culturale.

Il riordinamento delle energie produttive, attraverso la trasformazione fondiaria di territori sempre più estesi e gl'incrementi delle attività industriali; gli sviluppi della colonizzazione in Libia e la presa di possesso economico dell'A.O.I.; l'unione con l'Albania che, mentre accresce le possibilità produttive, determina un'influenza crescente nei Balcani; un complesso imponente di opere pubbliche, indici di un elevato grado di civiltà; il controllo finanziario, che si adegua di continuo ai crescenti bisogni; l'organizzazione sociale nel senso corporativo; il rinnovamento dei codici; il perfezionamento delle attività assistenziali e previdenziali, sovratutto nel campo sanitario; l'inizio della battaglia per la casa; altri nuovi problemi avviati a soluzione od impostati; gli apprestamenti militari, collaudati da due guerre e che divengono sempre più efficienti e rendono l'Italia forte, indipendente, capace di atteggiamento autonomo nelle gravi contingente attuali: è questo, in breve sintesi, il bilancio dell'anno XVII.

Al principio del nuovo anno si conferma la continuità delle azioni e delle opere del Regime.

Il popolo italiano, disciplinato e volenteroso, lavora tranquillo, in condizioni di pace armata, tra il fragore crescente della guerra europea e si appresta, compatto di ideali, di forze e di fede, ad affrontare l'avvenire sotto la guida del Duce, che porta la Nazione verso i suoi nuovi destini.

Giubileo scientifico del prof. Osvaldo Polimanti.

Numerosi aderenti stranieri ed italiani al giubileo scientifico del prof. Osvaldo Polimanti hanno proposto di rinviare la cerimonia che doveva aver luogo in suo onore alla fine del mese di ottobre nella R. Stazione Idrobiologica del Lago Trasimeno in Monte del Lago (Perugia), al prossimo anno 1940.

Il Comitato ha aderito a tale desiderio e con altro avviso si farà un dovere di avvertire in tempo utile sulla data precisa stabilita.

Contemporaneamente si fa noto che il busto in bronzo e la medaglia commemorativa sono già stati eseguiti e che il volume giubilare è quasi completamente stampato.

Per informazioni rivolgersi al prof. Quinto Calabro, Perugia, R. Istituto di Fisiologia, Casella Postale 129.

Nuove disposizioni sanitarie in Francia.

In Francia, con decreti-legge pubblicati nell'« Official » del 30 luglio e del 2 agosto, sono state portate modificazioni sostanziali alla legislazione sanitaria e più specialmente al codice famigliare e di tutela materna e infantile.

È prevista, in ogni dipartimento, la creazione di un servizio di lotta contro la mortalità infantile. È stabilita una sorveglianza sulle maternità.

È vietata ogni pubblicità di carattere commer-

ciale, concernente l'aborto, la gravidanza o il parto, salvo nelle pubblicazioni mediche.

Il Ministero dell'educazione nazionale è autorizzato ad istituire, nei Licei maschili e femminili, un servizio di sorveglianza medica, cui può contribuire il Ministero della Sanità.

I medici sono autorizzati ad infrangere il segreto professionale, per ciò che riguarda l'aborto, senza incorrere nelle pene previste dal codice penale.

Sono stabilite pene molto gravi contro medici, farmacisti, levatrici, ausiliari, infermieri, ecc. che avranno indicato o fornito o messo in opera mezzi per favorire l'aborto. Tra le pene è la sospensione dall'esercizio professionale per 5 anni.

La diagnosi biologica della gravidanza non potrà essere praticata che su ordinazione medica ed in laboratori autorizzati.

L'Ente per la prevenzione degli infortuni.

Al Duce è prevenuto il seguente telegramma:

« Il Consiglio Generale dell'Ente Nazionale per la propaganda della prevenzione contro gli infortuni, riunitosi dopo il nuovo inquadramento corporativo che vincola le organizzazioni industriali, i datori di lavoro e i lavoratori in una solidale azione per il progresso dei servizi aziendali e di propaganda formativa di una coscienza antinfortunistica dei lavoratori quale valido contributo all'incolumità e alla salute della razza, eleva il suo devoto riconoscente pensiero all'E. V. massimo tutelatore della efficienza fisica e morale del popolo italiano. — Cianetti, De Michelis, Pirelli, Capoferri, Balella ».

La sede dell'I. N. F. A. I. L. in Roma.

Il 28 ottobre il Duce ha inaugurato in Roma la nuova sede dell'Ispettorato laziale dell'Istituto Nazionale Fascista Infortuni sul Lavoro, che sorge nella piazza delle Cinque Giornate. Il Duce, accolto da ardenti acclamazioni popolari ed accompagnato dal Presidente Vecchioni, ha minutamente visitato la nuova sede dell'Ente, le sale d'attesa per i lavoratori affrescate dal pittore Giulio Farnese e il luminoso ingresso, i cui artistici bassorilievi sono dello scultore Omero Taddeini, ed infine i locali per la visita e per le cure degli infortunati e gli uffici.

Le Terme di Chianciano passano allo Stato.

Dopo Acqui, Chianciano, superba stazione termale, che in pochissimi anni si è posta a fianco delle principali consorelle, passa allo Stato con quella forma di compartecipazione alla quale non rimane estranea la Società concessionaria, che ha saputo portare quella stazione a così alta e meritata fama. Lo Stato dimostra una volta di più come intenda sviluppare in questo settore il suo programma inteso a valorizzare, nel modo più efficace e pratico, le Terme italiane, a vantaggio della collettività. Programma quanto mai vasto e poderoso che il Regime ha affrontato in pieno e che avrà, nel più breve tempo la completa attuazione.

Encomio della Reale Accademia d'Italia al prof. P. Capparoni.

La Classe delle scienze fisiche, matematiche e naturali della R. Accademia d'Italia ha tributato un encomio al dott. Pietro Capparoni di Roma, per l'attività veramente pregevole che egli ha svolto in lunghi anni nel campo della storia della medicina. Oltre a pubblicare i risultati delle sue ricerche originali in più di un centinaio di memorie, rivendicando numerosi primati italiani, il dott. Capparoni ha dato opera validissima per la organizzazione di mostre retrospettive e per la fondazione di centri di studi storici relativi alla medicina. Ha diretto la « Rivista di Storia critica delle Scienze mediche e naturali » ed ha insegnato storia della medicina con grande fervore nelle Università di Bari, di Pisa e di Bologna. Nel momento in cui per limiti di età egli lascia l'insegnamento ufficiale, pur continuando ad occuparsi degli studi prediletti, la Classe ha creduto di dover premiare la sua attività, che ha tanto validamente contribuito a riportare in onore presso di noi le ricerche di storia della medicina.

Un medico italiano premiato.

Apprendiamo che al neurologo dott. Beppino Disertori, è stato recentemente assegnato dalla Università di Berna, il premio internazionale 1938 della encefalite per le ricerche scientifiche e per i lavori da lui pubblicati in tale anno su detta malattia.

Ci congratuliamo pel nuovo riconoscimento scientifico al dott. Disertori che anche due anni or sono fu premiato dalla Società Italiana di Psichiatria per i suoi studi sulla fisiologia del liquido cerebro spinale.

Un progetto del Lussemburgo per l'assistenza ai grandi invalidi.

Trattative sono attualmente in corso tra il Lussemburgo ed i paesi belligeranti, come pure, si ritiene, con la Svizzera, sede della Croce Rossa Internazionale, per studiare i diversi progetti inerenti ad un vasto piano di assistenza ai grandi invalidi. Un primo progetto prevede, data la esiguità del territorio del Granducato, che ad esempio i grandi invalidi polmonari siano ricoverati nel Lussemburgo. Un altro progetto prospetta di accogliere i grandi mutilati prigionieri di guerra, e un terzo pensa alle grandi battaglie che potrebbero svolgersi nelle immediate vicinanze del paese, e durante le quali si potrebbero portare rapidamente i grandi invalidi nel Granducato per decongestionare utilmente le ambulanze militari dei belligeranti. È ovvio che, astrazion fatta dall'elevato carattere umanitario di questa idea sorta specialmente negli Stati Uniti, la sua attuazione costiuirebbe per il Granducato una salvaguardia supplementare di primissimo piano per il mantenimento della sua integrità durante le ostilità. È per questo motivo che l'opinione pubblica segue con vivo interesse i progressi ottenuti dai promotori del progetto.

Un po' dovunque.

La Società medico-chirurgica bresciana si è adunata il 10 ottobre, sotto la presidenza del prof. A. Pignatti, assistito dal segretario dott. R. Sassi. Sono state fatte comunicazioni da: G. Paltrinieri, A. Fachinelli (due comunicaz.), Corazzina.

L'Università libera di Bruxelles ha deliberato di organizzare, a favore degli studenti ed ex-studenti della Facoltà medica mobilitati, un servizio di prestiti di libri, riviste e dispense, allo scopo di permettere, durante le ore disponibili, ai pri-

mi di continuare gli studi e ai secondi di ravvivare e aggiornare le loro conoscenze. È stato fatto un appello ai volenterosi perchè facciano dono di libri, riviste e somme in denaro.

La « Camera sindacale corporativa di fabbricanti e concessionari di specialità farmaceutiche » del Belgio comunica che le voci di possibili deficienze di tali specialità sono infondate. Le specialità dei paesi belligeranti possono venire importate (fatte poche eccezioni); d'altronde, ora la maggior parte di esse vengono fabbricate nel Belgio, poichè le Case originarie hanno ceduto i diritti di fabbricazione e la produzione avviene con materiali e con personale del Belgio.

Un corso complementare d'igiene pratica è stato organizzato nell'Università di Torino, a partire dal 6 novembre; modalità consuete.

Un gruppo di chirurgi belgi ha deciso di creare, sul fronte francese, un'ambulanza chirurgica capace di 100-150 letti, secondo i concetti più moderni; sarà intitolata ad « Antoine Depage ». Si vanno raccogliendo i fondi. (Segreteria: avenue de la Toison-d'Or 101, Bruxelles).

Il « Concours Médical » di Parigi si pubblicherà in forma ed a periodicità ridotte e sarà destinato allo studio dei problemi di medicina e chirurgia militari.

Il « Journal of the Royal Army Medical Corps » pubblica un supplemento, « News and Gazette », che reca notizie e informazioni, articoli ameni, aneddoti, poesie, caricature.

La nave « Berlin » è stata attrezzata a nave-ospedale; comprende 13 corsie per malati e 3 sale operatorie. Recentemente trasportò dalla Prussia orientale ad Amburgo 400 feriti.

In Germania si è allestito un nuovo ospedale per la marina, sulla foce del Weser, a Lahe; è diretto dal dott. Greul. Tra i primi feriti ricoverati furono degli aviatori inglesi.

In Germania i corsi di perfezionamento per medici continuano durante la guerra. La « Akademie für ärztliche Fortbildungkurse » ha organizzato dei corsi sulle aggressioni dell'arma aerea. La « Akademie für zahnärztliche Fortbildung » ha organizzato dei corsi sulle prime cure ai feriti alle mascelle.

Nella piccola isola di Limjord, dello Jütland settentrionale, i 200 abitanti sono tutti colpiti da daltonismo. Sotto ogni altro riguardo sono normali. L'isolamento dal continente ha portato a molti incroci tra stretti parenti.

Nel suo discorso del 6 ottobre il Führer dette le cifre delle perdite della Germania in Polonia: tra esercito di terra, marina ed aviazione, compresi gli ufficiali, si sono avuti 10.572 uccisi, 30.322 feriti e 3409 dispersi.

Secondo dati ufficiali, durante il 1938, in Germania si sono avute 1.675.000 nascite; in Italia 1.031.000; in Francia 612.000.

A Londra è in costruzione il primo reparto sotterraneo di chirurgia, contenente diverse sale di consultazione, di operazione e di degenza, con centrale elettrica e rifornimento idrico autonomo; è annesso alla Clinica Pediatrica di « Great Osmond Street ».

In Inghilterra sono in corso ricerche dirette ad accertare il potere nutritivo della vegetazione marina; esse hanno luogo nella baja di Cardigan. Risulta che almeno metà della vegetazione costituirebbe un ottimo alimento, ricco di sali e di vitamine. Le possibilità alimentari aumenterebbero, così, in proporzioni elevate.

A Châteauroux (Francia) è stato eretto un monumento alla memoria del chimico Stanislao Limousine, inventore delle fialette, delle ostie per medicinali e delle pipette pel conteggio delle gocce. Egli propose flaconi colorati per i veleni; organizzò il primo inalatorio pubblico; allestì il solfato di chinino per iniezioni ipodermiche; ebbe altre benemerenze.

In Francia si è provveduto alla riforma dell'assistenza ospedaliera. In particolare, viene stabilita la priorità delle prestazioni (fatta riserva per i casi urgenti) ai beneficiari delle varie leggi di assistenza, agl'infortunati del lavoro e agli assicurati sociali. Regolamenti amministrativi fisseranno le condizioni d'ammissione di tutte le altre categorie, nei limiti dei letti disponibili. Si provvede anche all'organizzazione amministrativa.

La Camera francese dei deputati aveva approvato un progetto di legge che creava l'ordine dei medici. Il Senato portò delle modificazioni al testo, per quanto riguarda le composizione del tribunale regionale d'appello, onde introdurvi un maggior numero di magistrati. Un testo transitorio, elaborato dal Ministero della Sanità pubblica dopo consultazione dei corpi qualificati, doveva essere firmato dal Presidente della Repubblica; ma l'opposizione del Sindacato dei medici della Senna determinò la caduta del progetto. Questo aveva precipuamente lo scopo di combattere il ciarlatinismo medico e le pratiche contrarie alla deontologia medica, elevando la dignità della professione.

Si è spento il prof. GIANGIACOMO PERRANDO, emerito di medicina legale della R. Università di Genova.

Si è spento a Oxford il prof. JOHN MELLANBY, titolare di fisiologia in quella Università, maestro insigne, autore d'interessanti ricerche in vari campi.

È deceduto a Parigi, in età di 70 anni, il prof. A. PETTIT, dell'Istituto Pasteur, il cui nome è legato al siero anti-poliomielitico ed a ricerche sulle spirochetosi.

È deceduto a Newhaven (Connecticul), in età di 70 anni, il prof. HARVEY CUSHING, neurologo eminente, uno dei fondatori della neurochirurgia.

Il 30 settembre è caduto in Polonia, mentre prestava servizio come ufficiale di artiglieria, il prof. GUSTAVO SCHMEIDEL, direttore della Sezione di anatomia topografica nell'Istituto anatomico di Vienna. Durante la grande guerra aveva pure prestato servezio in artiglieria.

Registriamo con profondo rammarico la perdita del prof. sen. ARISTIDE BUSI, direttore dell'Istituto di Radiologia medica della R. Università di Roma. Ci riserviamo di parlarne più ampiamente in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Min. Med., 14 lug. — C. DESCOVICH. Vitamina C nell'urina e affezioni tbc. nell'infanzia.

Nutrition, 2. Regolazione glicidica.

Journ. Méd. Franç., giu. — Tubercolosi atipiche.

Deut. Med. Woch., 21 lug. — BUSSE-GRAWITZ. Il problema dell'infiammaz. — VOGT. Anemia della prima infanzia.

Münch. Medv Woch., 21 lug. — F. JAHNEL. Nuovi dati sugli studi della sifilide e loro insegnamenti.

Med. Klinik, 21 lug. — Inchiesta sulle enteriti croniche. — K. HÄNTZSCHEL. Emoglobinuria delle paludi.

Gaz. d. Hôp., 22 lug. — H. ROGER e al. Porfirie.

Bull. Ac. Méd., 11 lug. — LAIGRET e R. DURAND. Il cervello di topo per la preparaz. del vaccino di tifo esant.

Rass. Cl. Scient., 15 lug. — G. GUERRINI. Luce e sostanze fotodinamiche. — G. SANGIORGI. Spunti di epidemiologia albanese.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 2 lug. — G. CASOLI e U. DE COLLE. Anemia emolitica tipo Marchiafava-Micheli.

Med. Welt., 22 lug. — O. VOSS. Otosclerosi.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 16 lug. — S. GAROZZO. Sternopunture nella infezione malarica.

Forze Sanit., 15 lug. — R. CARUSI, E. MORETTI. Terapia del reumat. art. ac. — A. CAMPARI, T. LUCHERINI. Terapia antidolorifica e anestetizzante negli stati infiammatori.

Arch. Mal. App. Dig., ecc., giu. — E. ANTOINE. Infezioni bocco-gengivali d'orig. intestin. — K. GLAESSNER. Choc iperglicemico.

Journ. Méd Lyon, 20 lug. — Oto-laringologia.

Presse Méd., 26 lug. — R. POIUSE. Encefalite bottonosa.

Deut. Med. Woch., 28 lug. — WESTPHAL e WESELMANN. Danni della nicotina allo stomaco. — PACHE. Allergia contro gli estratti epatici.

Journal A. M. A., 15 lug. — R. A. KERN e P. H. LAGNER jr. Protamina e allergia. — F. H. ROBINSON e A. C. EVANS. Brucellosi cronica. — L. D. FORTHERGILL e al. Encefalomielite equina in laboratoristi.

Rev. de Chir., lug. — L. COUNTRY. Peritonite primitiva da streptococchi. — E. EPSTEIN. Trattam. delle ulcere gastro-duod.

Klin. Woch., 29 lug. — P. GUMBRECHT e A. LOESER. Basi della terapia ormonica. — C. LANDES. Nuove ricerche sull'ascoltazione.

Rif. Med., 15 lug. — E. MAXIA. Ac. ascorbico e metabolismo dei glucidi.

J. Sc. méd. Lille, 6 ag. — Num. mon. oto-rinolaring.

Bull. méd., 5 ag. — BABALIAN. Preparati sulfamidici nella polm.

Münch. med. Woch., 4 ag. — PFANNER. Malattie da vento caldo.

Pediatria, luglio. — FRANZI. Metodologia delle ricerche per lo studio dell'eredità nell'uomo.

Klin. Wochens., 5 ag. — HAGER. Eliminazione di coproporfirina nell'urina sotto l'influenza della luce. — STÄMMLER e PARADE. Ossido di carb. e ipertonia.

Deut. Med. Woch., 4 ag. — KOCH. Nuove esperienze sul trattam. dell'anemia perniciosa.

Gaz. Hôp., 2 ag. — ALQUIER. La cellulite malattia.

Brit. med. Journ., 5 ag. — BUTTLE. La farmacologia dei rimedi sulfamidici. — WORSTER-DROUGHT e SHAFAR. Anemia ipocromica acloridrica con neurite periferica. — HILL. Reuma e climi.

Indice alfabetico per materie.

Allergia salivare emorragica . . . . . *pag.* 1946
Angine e infezioni a probabile ingresso tonsillare: terapia bismutica . . . » 1928
Bibliografia . . . . » 1950
Cardite reumatica nei paesi caldi . . » 1956
Centranthus ruber: azione sedativa . » 1927
Cisti ematica del surrene sin. e ipertensione arter. . . . . » 1933
Cronaca del mov. corporat. . . . . . . » 1959
Litiasi urica: trattamento preventivo . . . . » 1955
Nefrite famigliare . . . . » 1955
Nefriti: esplorazione funzionale del midollo osseo . . . . *pag.* 1955
Ormono-terapia: basi; sostanze tiroidee nei disturbi mestruali . . . . . . » 1949
Peste ad Avignone . . . . » 1956
Poliomielite: sieroterapia: ricerche speriment. . . . . » 1956
Reumatismo cervicale cronico a forma disfagica . . . . » 1956
Sangue: prelievo per la determinaz. dell'alcool . . . . » 1956
Stati emorragipari minimi e latenti . » 1945
Tubercolosi articolare reumatoide di Kienböck . . . . » 1954

A. POZZI, resp.

C. FRUGONI, Red. capo.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI — Roma, 13 Novembre 1939 - XVIII — Num. 46

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile)	L. 55 —	L. 65
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica)	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Caletti: Luciti fotodinamiche sperimentali in soggetti a trattamento sulfamidico.

Note e contributi: M. Rastelli: La terapia bismutica nelle angine e nelle infezioni a probabile punto d'ingresso tonsillare.

Sunti e rassegne: MALATTIE INFETTIVE: F. Jahnel: Risultati recenti delle ricerche sulla sifilide. — A. Jacquelin: La morfologia dei pazienti con forme atipiche di tubercolosi. — C. J. Mc Sweeney: Il trattamento della difterite.

Cenni bibliografici.

Accademie, Società Mediche, Congressi: Congresso della Società Neuro-Chirurgica Britannica.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: La fessurazione spontanea e simmetrica delle ossa. — La riparazione delle ferite mucose e gli acceleranti della epitelializzazione. — La pratica delle episiotomie ed il trattamento precoce di quelle non adese. — Un caso di flebite blu nel decorso di una polmonite. — I tumori della parotide. — La legatura dell'a. carotide comune nei casi di cancro della testa e del collo. — L'efficacia della tossina di Coley nel trattamento del sarcoma. — Grosso emangioma cavernoso del fegato. — MEDICINA SCIENTIFICA: La causa della curva glicemica bassa nel morbo celiaco. — VARIA.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Rassegna della stampa medica.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
Direttore: Prof. M. TRUFFI.

Luciti fotodinamiche sperimentali in soggetti a trattamento sulfamidico.

Dott. GIOVANNI CALETTI.

Il largo uso dei preparati sulfamidici nella pratica della nostra specialità, e, nella terapia di svariate altre forme ci ha dato modo di studiare ampiamente una loro proprietà finora poco nota e non ancora ben chiara: il potere fotodinamico.

Già alcuni autori avevano segnalato la proprietà fotosensibilizzatrice di questi composti, senza però studiare a fondo questo capitolo interessante.

Tra i primi troviamo citati dal Beltramini, I. C. Minville e Archinard che segnalarono in individui in corso di trattamento sulfamidico accessi di prurito seguito da eruzione di elementi eritematosi e bollosi alle parti scoperte. L. G. Franck ha potuto osservare diversi accidenti cutanei (eruzioni morbilliformi, urticariodi, purpuriche, ecc.). B. A. Newman e H. Sharbit, osservarono in quattro pazienti manifestazioni cliniche da fotosensibilizzazione.

Noi nella nostra pratica, non avevamo fino ad ora osservato alcunchè al riguardo. Da alcuni giorni avevano in cura per blenorragia tre ufficiali, che per particolari ragioni di servizio stavano esposti alla luce dei raggi solari per diverse ore del giorno. Abbiamo notato in questi, dopo dieci-dodici giorni dall'inizio della cura con preparati sulfamidici, una netta pigmentazione al viso e alle mani cioè in quelle parti che stavano esposte ai raggi solari, non abbiamo invece osservato nessun elemento cutaneo particolare, a tipo vescicola, papula, ponfo od altro. Nè questa pigmentazione recava particolare disturbo al paziente, senonchè era in netto contrasto con il colorito della cute degli altri colleghi sani, che partecipavano alla loro stessa vita.

Questo fatto interessante ci ha subito fatto sospettare trattarsi di fatti di fotosensibilizzazione, e ci ha spinto a studiare il fenomeno diffusamente, in maniera sperimentale, su pazienti in trattamento con preparati sulfamidici.

Ci è servito anche come guida, lo studio precedente sulla « fotosensibilizzazione da sostanze acridiniche ».

Abbiamo sostituito alla luce solare, una luce artificiale, generata dai vapori di mercurio di una lampada di Bach. La lampada a vapori di mercurio produce raggi ultravioletti che sappiamo essere quelli che danno alla luce solare il potere di agire fotodinamicamente.

È un fatto ormai noto, ad esempio, che i colpi di luce acridinici sono registrati specialmente in maggio-giugno, quando cioè il sole di primavera è più ricco di radiazioni corte, ed è quindi in questo periodo che dovrebbero insorgere più facilmente i fenomeni di fotosensibilizzazione. È interessante notare che i tre pazienti sopra citati sono venuti alla nostra osservazione proprio in questo periodo di tempo e come prima, ad esempio durante l'inverno, non avessimo mai notato nulla di particolare.

L'uso della lampada di Bach dovrebbe favorire al massimo l'insorgere di eventuali forme di fotosensibilizzazione e l'impiego di questa sorgente luminosa, per studiare sperimentalmente l'azione fotodinamica dei sulfamidici sembra essere la più indicata.

Sono stati usati come preparati: lo Streptosil De Angeli, l'Aseptina I. S. M., il Prontosil e l'Uliron della COFA, l'Aseptil Wassermann; medicamenti che le case di medicinali ci avevano gentilmente fornito per prove cliniche sui nostri pazienti.

Dobbiamo dire che tutti questi preparati, prescindendo dalla loro particolare struttura chimica e modificazione di formula, hanno dimostrato di avere un alto potere fotodinamico, potere che è legato al gruppo sulfamidico.

* * *

Individui per lo più blenorragici, a terapia sulfamidica, sono stati esposti ai raggi ultravioletti generati da una lampada a vapori di mercurio per tempi diversi: 2'; 3'; 4'; 5'; 6', ecc., in parti limitate e diverse del corpo, la lampada a distanza diversa: un metro; 50 centimetri; 35 centimetri.

Abbiamo notato che all'inizio della cura sulfamidica, 1°-2° giorno, non si manifesta nessun fenomeno particolare, se non un lievissimo eritema, dovuto all'azione stessa dei raggi ultravioletti sulla cute; col procedere invece della terapia, si rendeva più manifesto ed evidente il potere fotodinamico dei preparati sulfamidici; e gli eritemi ottenuti con le irradiazioni furono assai evidenti e si manifestavano in un tempo tale da non poter provocare, negli individui normali, non trattati con sulfamidici il benchè minimo eritema.

Questo starebbe ad indicare che è necessaria una particolare concentrazione nel sangue del preparato sulfamidico, perchè si estrinsechi sulla cute, visibilmente la manifestazione clinica più semplice del potere fotodinamico di questi composti organici dello solfo, che è l'eritema.

I controlli, senza trattamento alcuno, esposti ai raggi ultravioletti, prescindendo da variazioni individuali, legate a fattori costituzionali ci hanno dato generalmente (lampada a 35 cm. di distanza) un eritema in 6 minuti primi; cioè la soglia di eritema negli individui normali è stata di 6'.

Questi risultati sperimentali negli individui normali, sono perfettamente concordanti con quelli segnati da altri autori.

Il potere fotodinamico dei sulfamidici si dimostra sperimentalmente abbassando questa soglia eritema.

I nostri soggetti in cura sulfamidica per os, iniezioni endovenose, endomuscolari, ecc. venivano esposti, ai raggi ultravioletti (lampada a 35 cm.) in parti circoscritte di cute del corpo (regione anteriore del braccio, addome, faccia anteriore delle cosce, dorso, ecc.) per tempi diversi (da 2' a 6').

Su di un centinaio di esperienze abbiamo visto che questi individui presentano una soglia eritema a 3'-4'; quindi ridotta in modo notevole rispetto ai controlli normali.

Abbiamo ottenuto eritemi, sia pure di modica intensità, ma visibili anche in 2', in qualche individuo. Dobbiamo dire però che mai abbiamo osservato oltre gli eritemi nessuna altra lesione cutanea che qualche autore segnala a proposito del potere fotodinamico dei preparati sulfamidici.

Questi eritemi, manifestazioni cliniche e fenomeno evidente nelle luciti fotodinamiche da sulfamidici, volgono in quattro o cinque giorni ad una bella pigmentazione. Individui che somaticamente offrivano a priori una cute discretamente pigmentata, presentavano un eritema meno visibile e più intensa invece era la pigmentazione che seguiva sulla parte irradiata. Mai abbiamo notato a distanza, pur avendo irradiato anche zone pelose, fatti di ipertricosi.

I nostri pazienti seguirono terapie diverse, alcuni assumevano il preparato sulfamidico esclusivamente per via endovenosa, altri esclusivamente per via endomuscolare, altri per os. Abbiamo notato che per gli individui trattati per via endovenosa ed esposti subito dopo all'azione dei raggi ultravioletti per 3'-4' l'eritema compariva dopo due ore (lampada a 35 cm.). Per quelli a trattamento diverso, per os, iniezioni endomuscolari, ecc. il fenomeno è più tardivo a manifestarsi, e passano cinque sei ore dall'irradiazione prima che compaia l'eritema. Lo stesso per quelli individui che abbiamo sottoposto a iniezioni intradermiche, sottocutanee di preparati sulfamidici solubili. Cercheremo, più avanti, di spiegare questo diverso modo di comportamento, a seconda della via di introduzione, del preparato e il ritardo del manifestarsi del potere fotodinamico.

Abbiamo voluto vedere anche se i preparati sulfamidici dimostrano questa proprietà in modo più o meno evidente rispetto ai preparati acridinici. Non possediamo ancora nessun apparecchio particolare e nessun metodo per dosare il potere fotodinamico dei vari preparati; e dobbiamo servirci, per graduare questo fenomeno, di una manifestazione clinica come l'eritema, che pur essendo evidente, è sempre una constatazione soggettiva; è quindi difficile poter stabilire dei confronti su fenomeni così delicati. Ci è sembrato però che i sulfamidici abbiano un potere fotodinamico più elevato rispetto ai preparati acridinici; gli eritemi riscontrati negli individui a cura sulfamidica erano più evidenti di quelli in individui blenorragici a cura endovenosa di preparati di acridina, esposti ai raggi ultravioletti (stesso tempo e stessa distanza dalla lampada).

Abbiamo beninteso tenuto sempre conto delle variazioni somatiche individuali.

Queste sensibilità individuali di reagire più o meno intensamente, in un modo o in un altro all'azione della luce, si constatano spesso in pratica. Su ciò indubbiamente influisce molto il fattore costituzionale.

Noi stessi abbiamo visto durante il corso di queste esperienze l'importanza dei fattori esogeni, somatici, ed endogeni costituzionali di più difficile ricerca.

Mentre è facile osservare ad esempio, che gli individui di cute delicata, bianco-rosea, con peli scarsamente pigmentati, sono maggiormente sensibili a questa azione fotodinamica e dimostrano eritemi assai evidenti, la ricerca dei fattori endogeni è assai più indaginosa.

Alcune prove condotte in questo senso ci hanno portato a qualche conclusione, abbiamo visto ad esempio che i soggetti vagotonici (dermografismo presente, riflesso oculo-cardiaco normale) presentavano più evidente l'azione fotosensibilizzatrice dei sulfamidici.

In qualche raro caso, fatto molto interessante, abbiamo notato in soggetti vagotonici, l'eritema da noi provocato in precedenti irradiazioni, farsi più evidente, dopo 30-60 secondi, mentre introducevamo in vena altra sostanza sulfamidica.

I vagotonici quindi sarebbero più fotosensibilizzabili; è questa una prima divisione che noi poniamo, ma probabilmente, sia le variazioni individuali riscontrate, sia il diverso modo di reagire agli stimoli luminosi, devono essere legati a fattori endogeni che sfuggono ancora alle nostre ricerche.

Seguendo l'ipotesi già espressa a proposito della riproduzione sperimentale del colpo di luce acridinico, che la predisposizione alle luciti fotodinamiche possa essere in rapporto a fatti morbosi intercorrenti, ad esempio la blenorragia, pur non potendo escludere l'interferenza, diremo qui che non solo gli individui con infezione gonococcica presentano evidenti i segni della fotosensibilizzazione ma anche altri individui, ad esempio affetti da piodermite che noi trattavamo coi sulfamidici.

Quindi la proprietà fotodinamica è propria del preparato. Non sappiamo ancora bene però, quando e perchè, pur essendo sempre presente, questa proprietà possa essere esaltata al punto da produrre degli inconvenienti, come ad esempio l'ormai classico colpo di luce acridinico, descritto da qualche autore ma non ancora sperimentalmente riprodotto.

*
* *

Abbiamo visto quindi che i sulfamidici abbassano la soglia eritema; come avviene questo fenomeno? Attraverso quale meccanismo?

Abbiamo già esposto che per l'estrinsecarsi del fenomeno, è necessaria una certa concentrazione di sulfamide nel sangue.

Inoltre abbiamo nel corso delle esperienze, osservato che gli individui a trattamento endovenoso ed irradiati presentavano l'eritema dopo due ore, mentre in altri curati per altre vie la fotosensibilizzazione era tardiva a comparire.

Ci sembra di poter vedere in questo fatto che per l'estrinsecarsi del fenomeno sia necessario, che il preparato sulfamidico passi nel sangue.

I preparati sulfamidici, come i composti di

acridina, ed altre sostanze dotate di potere fotodinamico, debbono agire da catalizzatori, accelerare cioè una reazione che verrebbe spontaneamente.

Noi sappiamo che esponendoci ai raggi solari, andiamo soggetti ad eritemi, ed altre manifestazioni cutanee; i sulfamidici accelerano la comparsa dell'eritema, agendo nella reazione

Luce = eritema

da catalizzatori:

Luce + sostanza fotodinamica = eritema in tempo minore.

Noi crediamo di poter affermare che è nel sangue che il preparato diventa catalizzatore.

Bagnata la cute di alcuni pazienti con soluzione concentrata di sulfamide ed esposte queste parti all'azione dei raggi ultravioletti per 3' 4' (lampada sempre a 35 cm. di distanza) non abbiamo visto comparire alcunchè neppure tardivamente.

Negli individui trattati a terapia endomuscolare sotto cutanea e con iniezioni intradermiche abbiamo visto che il fenomeno della fotosensibilizzazione compare tardivamente.

È presumibile pertanto che nel sangue si possa trovare una sostanza particolare, un « attivatore » del catalizzatore, necessario ed indispensabile, all'esplicarsi del fenomeno, quando la concentrazione del sulfamidico raggiunga un determinato grado.

Non basterebbe quindi per la fotosensibilizzazione il binomio sostanza fotodinamica + raggi ultravioletti ma occorrerebbe la presenza di un'altra sostanza che noi crediamo debba essere presente nel sangue.

Con questo stesso meccanismo e con questo « attivatore X della fotosensibilizzazione » crediamo spiegare anche l'insorgenza delle luciti acridiniche.

Abbiamo già in corso di studio nuove esperienze, a questo proposito e ci proponiamo appena ultimate di pubblicarle.

*
* *

Dal lato pratico è necessario tener presente questa interessante proprietà dimostrata in modo così evidente dai preparati sulfamidici.

Sarà prudente ed opportuno consigliare i pazienti sottoposti a terapia sulfamidica di non esporsi all'azione diretta ed intensa dei raggi solari a scanso di spiacevoli inconvenienti, sebbene noi sperimentalmente non abbiamo osservato lesioni cutanee particolari che potessero destare qualche preoccupazione.

Esiste ancora una certa confusione sulle manifestazioni cutanee riscontrate in individui a trattamento sulfamidico; alcune manifestazioni forse possono dipendere unicamente da fattori tossici del preparato e non vanno confuse con le manifestazioni cliniche del potere fotodinamico.

RIASSUNTO.

L'autore ha sperimentato il potere fotodinamico dei preparati sulfamidici esponendo individui per lo più blenorragici ai raggi ultravioletti, generati da lampada a vapori di mercurio (lampada di Bach per tempi diversi e a distanza diversa, venendo a queste conclusioni:

1) i preparati sulfamidici, indipendentemente dalla loro particolare formula, sono dotati di potere fotodinamico;

2) questi preparati abbassano la soglia eritema a 3', 4';

3) per l'esplicarsi del fenomeno è necessaria una certa concentrazione del preparato nel sangue;

4) sembra che questo potere fotodinamico dei sulfamidici sia più evidente di quello dei preparati acridinici;

5) il meccanismo d'azione viene spiegato colla presenza nel sangue di una particolare sostanza « attivatore X della fotosensibilizzazione » necessaria perchè il preparato sulfamidico possa comportarsi da catalizzatore nella reazione luce-eritema.

BIBLIOGRAFIA.

AMBROGIO. Arch. It. Dermat. 12, 602, 1936; Arch. I. B. S. 2, 1936.

BELTRAMINI. Giorn. Ital. Dermat. Sifil., fasc. II, aprile 1938.

CIAMBELLOTTI. Riv. San. Siciliana 20, 1687, 1932.

GIARROCHI. Riforma Medica, 49, 91, 1933.

GUILLAUME. Bull. et mém. Soc. Hôp., Paris 1426, 1932.

JAUSION-PAGÉS. *Les maladies de lumière*, Masson 1933.

JAUSION. Arch. Dermatosyphil., 3, 541, 1931.

JAUSION et MARCERON. Bull. Soc. Franç. Dermat., 32, 358, 1925.

MARCERON. Bull. Soc. Franç. Dermat., 34, 769, 1927.

PATAIR A. Bull. gén. Thérap., 8, 1933.

RATHERY et MARIE. Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp., Paris, 1258, 1296.

VIALE. *Azione biologica delle radiazioni*. Milano 1931.

VIGNAL. Les rayons ultraviolets et infrarouges, Paris 1930.

CHIORAZZO e CALETTI G. La fotosensibilizzazione da sostante acridiniche. Policlinico (Sez. Pratica), 1938.

NEWMAN B. A. e E. H. SHARBIT. J. amer. med. Ass. 109, 1036, settembre 1937.

MINVIL I. C. e E. A. ARCHINARD. Cit. da BELTRAMINI.

FRANK L. G. Cit. da BELTRAMINI.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALI RIUNITI DI ROMA
POLICLINICO UMBERTO I - VIII PADIGLIONE
Primario medico: Prof. AGOSTINO CARDUCCI.

La terapia bismutica nelle angine e nelle infezioni a probabile punto d'ingresso tonsillare.

Dott. MARIO RASTELLI, aiuto medico.

(*Continuazione e fine; vedi numero precedente*).

ESPOSIZIONE DEI CASI TRATTATI.

Per il trattamento dei miei casi ho usato due composti di Bi.: il *Treponemol I.C.I.* che è un idrato di bismuto dal tartrobismutato di Na e K confezionato in fiale di 2 cc. in sospensione oleosa, contenenti 10 ctg. di Bi., ed il *Novo Bi.* « *Chinoin* » che è un epta-diencarbonato di bismuto in soluzione oleosa, confezionato in fiale da 1/2 cc. contenenti 5 ctg. di Bi. metallico.

Ho trattato 10 casi di angina primitiva di diverso tipo, sia in soggetti ricoverati per la sola affezione tonsillare, sia in soggetti in cui la sintomatalogia è insorta mentre si trovavano degenti per altre malattie.

Volendo provare l'efficacia il Bi. anche in malattie a probabile ingresso tonsillare ho cominciato a usare la terapia bismutica in tre casi di poliartrite acuta reumatica.

Inoltre per studiarne l'azione sul tasso dei leucociti ematici e sulla formula leucocitaria, mi sono valso anche di osservazioni fatte a tale scopo su quattro luetici.

Nella tabella riassuntiva sono contemplati i casi, le indicazioni particolareggiate della terapia e l'esito.

CONSIDERAZIONI SUI RISULTATI OTTENUTI NELLE ANGINE.

Conoscere quale sia l'efficacia di un metodo per il trattamento delle angine ha una reale importanza non solo per quello che riguarda la malattia in sè stessa, ma specialmente per prevenire quelle complicazioni che in questa malattia sono diverse e temibili. Una prima riserva nel giudicare della reale efficacia del trattamento delle angine deve essere fatta tenendo presente che ogni angina anche lasciata a sè stessa ha una naturale tendenza alla guarigione più o meno rapida, e che la sua durata oscilla in genere da due ad otto giorni, senza che sia possibile stabilire durate diverse per i diversi tipi.

Tuttavia si può dire che in genere le forme semplicemente eritematose, quella catarrale ed anche alcune forme follicolari poco estese hanno durata minore, mentre le altre forme hanno durata maggiore. Anche il grado di risentimento ghiandolare, e l'altezza della febbre iniziale non sono caratteri assoluti che possano sin dal principio farne prevedere l'evoluzione e la durata. Lo stesso si dica per l'intensità dei fenomeni subiettivi. Si vedono talvolta forme con temperatura alta, con disfagia dolorosa intensa e fenomeni generali spiccati, guarire spontaneamente con la solita terapia in pochi giorni, e viceversa. Quindi si comprende come la difficoltà maggiore nel dover giudicare l'efficacia di un trattamento nuovo, quale la bismuto-terapia risieda proprio in questa spontanea variabilità del decorso.

Neppure è possibile nè opportuno considerare un solo sintoma, quale per esempio la febbre, come criterio di durata o per esempio invece l'aspetto delle alterazioni locali, perchè vi sono, sebbene raramente, forme di angina che pure causando fenomeni di disfagia dolorosa e pur presentando alterazioni locali tipiche decorrono senza febbre, mentre ve ne sono altre che, pur dando luogo a febbre elevata, provocano scarsa sintomatologia subiettiva ed obiettiva locale. Nel giudicare perciò dell'efficacia della terapia bismutica nelle angine mi sono tenuto, come del resto lo stesso Monteiro, al criterio di considerare tale effetto partitamente sui vari sintomi principali e di considerare guarita l'angina quando insieme alla caduta della febbre si accompagna la scomparsa o la notevole diminuzione dei principali segni subiettivi ed obiettivi locali.

Nei pochissimi casi con temperatura assente il criterio dell'avvenuta guarigione è stato dettato dallo scomparire o dal notevole attenuarsi delle alterazioni locali. Le mie osservazioni per quanto riguarda i sintomi considerati separatamente confermano quelli di Monteiro, cioè: Il dolore locale viene nettamente influenzato perchè scompare o si attenua notevolmente entro le 12-24 ore dall'iniezione, però mi è sembrato che all'inizio cioè nelle 5 o 6 ore seguenti alla iniezione possa in qualche caso aumentare a causa della maggiore salivazione provocata dal Bi. che provoca un maggior numero di deglutizioni, dolorose.

L'aspetto dei fenomeni locali pure migliora. In tre casi le tonsille già piene di zaffi si sono deterse con notevole rapidità entro 24 ore.

I gangli linfatici già ingrossati e dolenti risentono poco l'azione del Bi., restando per

TABELLA N. 1. TABELLA RIASSUNTIVA DEI CASI TRATTATI

N. Nome e cognome	Età	R.W.	Azot.	Glic.	Diagnosi	Terapia	Esito
1. C. Annamaria	22	neg.	0,28	1,00	Alveolite apic. D. Osteo-periosite malleolo int. D. Angina eritematosa.	2 Treponemol in 4° e 6° g.	Guarig. dell'angina all'8° g.
2. B. Ada	19	neg.	0,27	1,00	Angina follicolare.	2 Treponemol in 3° e 5° g.	Guarig. nell'8° g.
3. S. Armando	29	+++	0,44	1,05	Lues. Angina follicolare.	1 Novo Bi. in 2° g.	Esce il 6° g. in condizioni invariate.
4. S. Francesco	33	neg.	0,31	1,00	Sclerosi biapicale tbc. Angina eritematosa.	1 Novo Bi. in 3° g.	Guarig. dell'angina nel 4° g.
5. M. Assunta	44	neg.	0,30	1,07	Lesione composta mitrale in suff. card. Angina follicolare.	2 Treponemol in 2° e 3° g.	Guarig. dell'angina nel 3° g.
6. V. Teresa	27	neg.	0,30	1,00	Anemia ipocromica. Insuff. card. Angina follicolare.	1 Treponemol in 2° g.	Guarig. dell'angina nel 3° g.
7. C. Giuseppina	16	neg.	0,25	1,05	Lesione comp. mitrale da endocardite reum. preg. Insuff. cardiaca. Angina follicolare.	1 Novo Bi. in 2° g.	Guarig. dell'angina nel 3° g.
8. R. Alessandro	17	neg.	0,40	1,00	Angina parenchimatosa.	1 Novo Bi. in 2° g.	Guarig. dell'angina nel 3° g.
9. A. Maria	49	neg.	0,26	1,00	Crisi anginoidi. Angina follicolare.	1 Treponemol in 1° g.	Guarig. dell'angina nel 5° g.
10. C. Francesca	25	neg.	0,31	1,00	Algina ulcero-necrotica. Gengivite necrotico-emorragica.	3 Treponemol in 2°, 5° e 10° g. Vit. C. e Neosalvarsan e v. dal 15° g.	Nessun giovamento dal bismuto. Miglioramento dopo cura arsenobenzolica.
11. B. Marciana	35	neg.	0,51	1,00	Angina eritematosa. Poliartrite acuta reumatica.	2 Treponemol in 2° e 6° g.	Guarig. in un mese.
12. D. S. Giuseppina	30	neg.	0,28	0,95	Angina eritematosa. Poliartrite acuta reumatica.	2 Treponemol in 2° e 5° g.	Esce nel 6° g. in condizioni invariate.
13. B. Ada	22	neg.	0,35	1,25	Tbc. polmonare bilaterale. Angina eritematosa. Poliartrice acuta reumatica.	2 Treponemol in 3° e 5° g. Cura Salicilica del 7° g.	Nessuna azione del bismuto sulla sintomatologia articolare. Miglioramento con la cura salicilica.

alcuni giorni ancora tumefatti e dolenti, senza però tumefarsi ulteriormente.

La febbre di solito si abbassa rapidamente seguendo il miglioramento dei fenomeni locali.

Considerato il criterio di guarigione come risultante dalla considerazione globale dei diversi fenomeni posso dire di aver su dieci casi ottenuto: una guarigione in VIII giornata, una guarigione in VI giornata, una in V giornata, una in IV giornata, cinque in III giornata e un esito negativo, come appare dalla tabella n. 2.

nata) e ripetendola dopo 24 ore e non più tardi qualora i fenomeni non regrediscano nettamente e rapidamente, si possa veramente avere nella maggioranza dei casi una guarigione entro le 24-48 ore dalla 1ª iniezione.

Dato lo scarso numero di casi che ho potuto osservare, non mi è possibile fissare con cifre percentuali i risultati ottenuti, che nell'insieme possono dirsi favorevoli. Solo in un caso d'angina ulcero-necrotica tipo Plaut-Vincent con reperto di abbondanti fuso-spirilli nell'essudato la terapia bismutica mi è parsa inefficace, mentre invece la malata ha ottenuto un qualche giovamento dalla cura neosalvarsanica locale e per via endovenosa. Ciò è in contrasto con quanto ha osservato Monteiro nei primi casi da lui trattati (1923), mentre è d'accordo con quanto è stato ultimamente osservato specialmente da Stiehr. Non ho notato complicazioni in ascessi tonsillari (nè mi si è presentato nessun caso di ascesso tonsillare da trattare). Non ho notato in nessun caso complicazioni da parte di altri organi e segnatamente del rene, nè in alcun caso ho osservato inconvenienti imputabili al Bi. ad eccezione del caso n. 9 in cui come ho detto si è formato un indurimeto doloroso attorno al punto di iniezione che è scomparso in pochi giorni senza fluidificarsi e che probabilmente è stato causa del contemporaneo persistere della febbre.

TABELLA N. 2.

Diagnosi	Caso	Bi.	Esita
Angina eritematosa semplice.	N. 1	2 trep. in 5ª-6ª giornata . .	Guarigione in 8ª giornata.
	» 4	1 Novo Bi. in 3ª giornata . .	» » 4ª »
Angina follicolare	» 2	2 Trep. in 3ª-5ª giornata . .	» » 6ª »
	» 3	1 Novo Bi. in 2ª giornata . .	» » 3ª »
	» 5	2 Trep. in 2ª-3ª giornata . .	» » 3ª »
	» 6	1 Trep. in 2ª giornata . . .	» » 3ª »
	» 7	1 Novo Bi. in 2ª giornata . .	» » 3ª »
	» 9	1 Trep. in 1ª giornata . . .	» » 5ª (3ª) g.
Angina parenchimatosa . . .	» 8	1 Novo Bi. in 2ª g.	» » 3ª »
Angina ulcero-necrotica . . .	» 10	3 Trep. in 2ª, 5ª, 10ª giorn.	Esito negativo.

È da notare però che nei casi di guarigione rapida il preparato è stato iniettato all'inizio della malattia (in quattro casi in 2ª giornata), mentre in quelli a guarigione più tardiva il preparato è stato iniettato più tardi (3ª-4ª giornata) e che una seconda iniezione non è stata ripetuta dopo 24 ore ma dopo 48 ore, e in un caso dopo 72 ore.

Solo in un caso (caso n. 9) di angina follicolare al Treponemol iniettato in I giornata è seguita la diminuzione della febbre in V giornata. In questo caso però è da considerare che, a giudicare dalle alterazioni locali, l'angina si poteva considerare guarita in 3ª giornata e che il persistere della febbre era probabilmente in connessione colla formazione di una infiltrazione dolente intorno al punto dell'iniezione, che però non si è trasformata in ascesso.

Nel complesso mi sembra che seguendo i dettami di Monteiro, cioè eseguendo l'iniezione il più precocemente possibile (1ª-2ª gior-

Non ho eseguito esami batteriologici metodici del secreto tonsillare, quindi non so dire se siano le forme determinate dallo streptococco quelle che si avvantaggiano della tera-

pia bismutica, come sostiene Monteiro. Penso come probabile che l'effetto benefico del Bi. sia molto da attribuirsi al meccanismo della sua eliminazione attraverso il cavo buccale, poichè le linfoghiandole del collo sede di flogosi e che da esso sono distanti, risentono con molto minore prontezza gli effetti del trattamento.

CONSIDERAZIONI SUGLI EFFETTI DELLA TERAPIA BISMUTICA NELLA POLIARTRITE ACUTA REUMATICA.

In tre casi di angina eritematosa con poliartrite acuta reumatica non ho notato nella terapia bismutica alcun vantaggio (v. tab. n. 3).

TABELLA N. 3.

Diagnosi	Caso	Bi.	Esito
Angina eritematosa con poliartrite reumatica . .	N. 11	2 trep.	Esito negativo.
Angina eritematosa con poliartrite reumatica . .	N. 12	2 trep.	Esito dubbio.
Angina eritematosa con poliartrite reumatica . .	N. 13	2 trep.	Guarigione un mese.

In un caso (caso n. 11) la guarigione è bensì avvenuta in un mese e con miglioramento abbastanza rapido nei primi giorni, però è da considerare che sin dall'inizio la forma si presentava molto lieve con dolori articolari non intensi e con tumefazioni articolari scarse e poco notevoli; d'altra parte in un altro caso (caso n. 13) di reumatismo poliarticolare acuto non ho ottenuto alcun risultato sebbene, avendo assistito all'instaurarsi dell'angina e della sintomatologia articolare perchè la malata era già degente, abbia potuto praticare le iniezioni nelle prime giornate (3^a e 5ª giornata). Vi è però da considerare che in questo caso la terapia bismutica, per quanto precoce nei riguardi della sintomatologia articolare (che è appunto insorta tre giorni dopo la comparsa dell'angina) non lo è stata nei riguardi dell'angina stessa, la quale presentando al suo apparire una fenomenologia locale e generale molto modesta non era stata presa in considerazione per il trattamento bismutico.

In un terzo caso (caso n. 12) non si possono trarre deduzioni sicure perchè la malata ha voluto uscire in 6ª giornata di malattia; tuttavia si può dire che non si sono notati vantaggi immediati.

Si comprende però come sia difficile stabilire la reale efficacia in questi casi perchè dai caratteri dell'angina non si può preventivamente stabilire se ad essa succederà una poliartrite acuta reumatica e quindi non si può stabilire in quali casi una angina troncata col Bi., avrebbe invece potuto precedere, se non trattata, la comparsa di localizzazioni articolari acute.

Quello che si può dire, da questi pochi casi, è che una volta avvenute le localizzazioni articolari la terapia bismutica delle angine così come è stata consigliata da Monteiro, e così come è comunemente praticata non ha effetto. Si potrebbe pensare che tale mancanza di efficacia sia da attribuirsi o alla bene assoluta inefficacia del Bi. sullo ignoto agente della poliartrite acuta reumatica presente nelle tonsille (ciò potrebbe confermare le vedute di coloro che sono contrari alla eziologia streptococcica ammessa dagli autori nord-americani, qualora siano esatte le conclusioni di Monteiro che cioè il Bi. agisce efficacemente contro gli streptococchi), oppure alla sua inefficacia solo quando l'ignoto agente eziologico abbia già dato localizzazioni articolari o comunque extra-tonsillari, oppure ancora alla possibilità che il medicamento così come viene comunemente usato nelle angine possa essere insufficiente per quantità, contro il virus reumatico. Mi propongo di studiare ulteriormente l'argomento tenendo presenti questi diversi punti.

CONSIDERAZIONI SULLE VARIAZIONI DEL TASSO DEI LEUCOCITI DURANTE IL TRATTAMENTO BISMUTICO.

Ho notato in seguito alle iniezioni di bismuto, un abbassamento del tasso dei leucociti quasi costante, in alcuni casi molto notevole. L'abbassamento è particolarmente spiccato entro la 1^a ora ed a distanza di 24 ore. Nel corso della giornata l'abbassamento si mantiene e subisce soltanto le elevazioni digestive (v. tab. n. 4).

Tale abbassamento dei leucociti controllato su luetici che dovevano essere sottoposti alla

Tabella N. 4. — Variazioni dei leucociti dopo Bi.

Casi	Prima del Bi.	Bi.	1 h.	2 h.	4 h.	6 h.	8 h.	10 h.	12 h.	24 h.	Diagnosi	Esito
N. 1	16.300	1ª Trep.		10200							Angina eritematosa	Guarigione in 8ª giornata.
» »	12.600	2ª Trep.		10000								
» 2	10.000	1ª Trep.		9200						9800	Angina follicolare	» » 6ª »
» »	9.000	2ª Trep.		8100						6400		
» 3	10.200	Novo Bi.		9400							Angina follicolare	» » 3ª »
» 4	10.200	Novo Bi.		9000						3800	Angina eritematosa	» » 4ª »
» 5	7.000	1ª Trep.	5.000							5600	Angina follicolare	» » 3ª »
» »	5.600	2ª Trep.	3.600									
» 6	7.000	Trep.		6800						7000	Angina follicolare	» » 3ª »
» 7	9.500	Novo Bi.		9300		9400	8200			12000	Angina follicolare	» » 3ª »
» 8	14.000	Novo Bi.		8200	6500	5900	8400	8200	7600	6400	Angina parenchimatosa . .	» » 3ª »
» 9	15.000	Trep.		10800	16000	13500	11000	12400	10800	9200	Angina follicolare	» » 5ª »
» 10	8.400	1ª Trep.	5.600	6000						6200	Angina ulcero-necr.	Negativo.
» »	6.500	2ª Trep.										
» 11	11.500	1ª Trep.		10400							Poliartrite ac. reum.	Guarigione un mese.
» »	9.300	2ª Trep.		8600								
» 12	7.600	1ª Trep.		7400							Poliartrite ac. reum.	Dubbio.
» »	9.000	2ª Trep.		10000								
» 13	11.000	Trep.		13000	14000	13000	12000	9800	11600	9600	Poliartrite ac. reum.	Negativo.
» 14	4.000	Novo Bi.		3600	6300	3800	4200	3400		4000	Lues	—
» 15	7.400	Trep.		5200	11000	5200	3400	5800		4200	Lues	—
» 16	9.200	Trep.								7200	Lues	—
» 17	10.600	Trep.								7800	Lues	—

terapia bismutica si è dimostrato anche in questi costante, casi n. 14, 15, 16, 17).

Invece, nei tre casi di poliartrite reumatica acuta non è avvenuto alcun abbassamento, anzi un lieve aumento.

Nei casi di angina l'entità dell'abbasamento dei leucociti non ha mostrato parallelismo assoluto con il miglioramento e con la rapidità di guarigione della malattia.

In un caso (caso n. 7) decorso molto favorevolmente (guarigione in 3ª giornata), 24 ore dopo una sola iniezione di Bi. si è avuto un lieve aumento dei leucociti (da 9.500 a 12.000 a distanza di 24 ore).

L'abbassamento, è prevalentemente a carico dei neutrofili, mentre a carico dei linfociti si nota una linfocitosi relativa. Questi dati vanno d'accordo con quelli di Boese.

Mai ho notato una neutropenia grave tendente all'agranulocitosi.

L'abbassamento dei leucociti, fenomeno che segue molto comunemente alla introduzione di Bi. varia per entità nei diversi soggetti; nelle angine il grado di abbassamento perciò non può essere di guida, circa il modo di agire più o meno efficace del trattamento bismutico; in ogni caso è bene durante il trattamento seguire il comportamento dei leucociti, data questa tendenza alla neutropenia e dato che attraverso la letteratura si conoscono casi di agranulocitosi conseguenti ad iniezioni di bismuto, sebbene non mi consti che tali casi si siano verificati nel trattamento delle angine.

È da presumere però che nel trattamento delle angine il pericolo di tale complicazione sia molto minore, poichè molto minore è la quantità di Bi. che viene iniettato, a differenza di quanto si pratica comunemente per la terapia antiluetica.

CONCLUSIONI.

1) La terapia bismutica nelle angine acute non specifiche è efficace se è praticata con le regole fissate da Monteiro cioè: precocemente e a dose non inferiore a 5 ctg. di Bi. metallico, da ripetersi dopo 24 ore, quando non si ottenga dopo la prima iniezione un rapido miglioramento.

2) Il miglioramento è tale da portare a guarigione in un periodo che va dalla 12ª alla 72ª ora dopo la prima iniezione.

3) Dei sintomi principali (disfagia dolorosa, alterazioni tonsillari, linfoadenite consensuale, febbre) il primo a risentire l'efficacia dell'iniezione è la disfagia, l'ultimo la linfoadenite consensuale.

4) In un unico caso venuto all'osservazione di angina ulcero-necrotica tipo Plaut-Vincent la cura bismutica non ha recato alcun vantaggio; osservazione favorevole a qudanto ha concluso recentemente Stiehr, ma contraria a quanto aveva in un primo tempo osservato Monteiro (1923).

5) Non si sono osservati, nei 10 casi trattati, complicazioni o estensioni del processo infiammatorio locali (ascessi, necrosi, ecc.) o generali. Nepupre si sono notati inconvenienti dovuti al Bi. (preparati usati: Treponemol, Novo-Bi.).

6) Nei casi di polialrite acuta reumatica preceduti da angina eritematosa la terapia bismutica eseguita come nei casi di angina semplice non ha arrecato nessun apprezzabile giovamento.

7) Lo studio contemporaneo del comportamento dei leucociti ematici ha dimostrato una quasi costante netta diminuzione in tutti i casi di angina semplice, come del resto il controllo in quattro luetici senza angina, mentre nessun abbassamento si è veriicato nei casi di poliartrite acuta reumatica.

BIBLIOGRAFIA.

ATTORRE G. *Contributo alla bismutoterapia delle angine*. Milano, Arti Grafiche Gualdoni.

BERBERICH J. *Trattamento dell'angina con il bismuto*. Klin. Woch., n. 4, p. 122, gennaio 1937.

BILANCIONI G. *Manuale di Otorinolaringoiatria*. Roma, Pozzi.

BOESE O. *Trattamento dell'angina purulenta acuta con i sali di bismuto*. Deutsch. med. Woch., p. 776, 8 maggio 1936.

BORTOLOTTI R. *Angina acuta dei bambini. Cura efficace col bismuto*. La Ped. del med. prat., dicembre 1937.

CAPUANO A. *Sull'uso del Bi. nel trattamento delle angine acute*. Soc. di Oftalmol. e Otorinolaringoiatria, 8ª seduta, Porto Alegre, 1934.

DA COSTE CRUZ A. *Ein klinischen Fall von Angina pultacea und gleichzeitigem Herpes Genitalis beheilt durch ein neues Wismutpräparat*. Klin. Woch., p. 1360, 25 settembre 1937.

ERRECART P. L. *La bismutoterapia nelle angine acute non specifiche*. Rev. de la Ass. Méd. Argent., tomo XLVIII, n. 335, 1934.

GIPPERICH L. *Nuovo trattamento dell'angina coi preparati di bismuto*. Giorn. di Clin. Med., n. 18, p. 531, 10 giugno 1937.

HARZLICH LEHMANN RICHARDSON. *Escrezione di bismuto dopo somministrazione orale di sobismiol*. Arch. of Dermat Syphilog., Chicago, ottobre 1937.

ISSELHARD O. *Wismutanginen*. Münch. med. Woch., n. 84, p. 1139, 16 luglio 1937.

KOHLER A. *Die Wismutbehandlung von Anginen im Kindesalter*. Kinderärztl. Praxis., n. 18, p. 194, maggio 1937.

LEVADITI. *Le bismuth dans le traitement de la syphilis*, Masson, 1929.

MAYERSOHN L. *Nuovo trattamento delle angine acute semplici*. Folia oto-laryng. orient., n. 3, pag. 52, 1936.

MARINHO J. *Une nouvelle classification des angines: angines à traiter par le sérum antidiphté-*

rique et angines à traiter par le bismuth. Ann. d'otolaring., n. 3, marzo 1935.
Monteiro A. O Hospital, novembre 1933, febbraio 1934, aprile 1934, gennaio 1935.
Id. *Une nouvelle thérapeut. Le bismuth dans le traitement des angines aiguës non spécifiques.* Les Ann. d'otolaring., n. 6, giugno 1934.
Monteiro A. e Vital Brasil Filho. *La bismuthothérapie des angines aiguës non spécifiques.* Ann. d'otolaring., n. 5, p. 525, maggio 1935.
Id. *Contribution à l'étude de la bismuthothérapie des angines aiguës non spécifiques.* Les Ann. d'otolaring., n. 9, settembre 1935.
Moura A. *Il Bi. nel trattamento delle angine acute.* Rev. Med. de Pernambuco, marzo 1934.
Paranhos U. *Nota sul trattamento delle angine acute non specifiche col Bi.* Arch. de Biol. Clin., S. Paulo, agosto 1934.
Silvram. *Trattamento bismutico delle tonsilliti non specifiche.* Bucaresti Med., n. 8, p. 87, 1936.
Stiehr. *Risultati ottenuti col trattamento dell'angina purulenta con un preparato bismutico (étosio).* Münch. Woch., p. 1761, 1° novembre 1935.
Vaz de Mello. 130 *casi di angina acuta nell'infanzia guariti col Bi.* (Metodo di Monteiro). O Hospital, settembre 1934.

SUNTI E RASSEGNE

MALATTIE INFETTIVE.

Risultati recenti delle ricerche sulla sifilide.

(F. Jahnel. *Münch. Mediz. Wochenschr.*, 21 luglio 1939).

La reazione dell'individuo alla infezione sifilitica è in gran parte determinata da fattori costituzionali: così alcuni portano l'infezione sconosciuta per tutta la vita senza risentire alcun danno, mentre in altri sono precocemente compromessi organi importanti, e altri ancora ammalano tardivamente di tabe o paralisi progressiva. Anche fattori esterni influiscono sulla infezione: sull'effetto terapeutico della febbre è fondato il metodo della malarioterapia della sifilide nervosa. Una osservazione oltremodo interessante è la guarigione della sifilide sperimentale di alcune specie di mammiferi durante il letargo invernale: la guarigione è completa e costante. Non è possibile determinare per quale meccanismo il letargo faccia guarire la infezione sifilitica: riproducendo sperimentalmente uno per uno i vari fattori cui durante il letargo l'organismo va soggetto, si ottennero risultati negativi. Durante il letargo la temperatura del corpo scende a pochi gradi sopra zero e tale si mantiene per mesi: le spirochete della sifilide si mantennero virulente dopo mesi di soggiorno alla temperatura di — 79 gradi, dopo almeno 14 giorni a — 196 gradi, e perfino dopo raffreddamento a — 271,5 gradi, temperatura poco più alta dello zero assoluto. Tolte a questa temperatura (raggiunta col far bollire sotto diminuita pressione l'elio liquido) e riscaldate, le spirochete innestate al coniglio vi provocarono grandi sifilomi con abbondante contenuto spirochetico. Durante il letargo l'animale digiuna: non si può però dimostrare nè sperimentalmente nè clinicamente alcuna influenza del digiuno sulle spirochete sifilitiche nè su quelle ricorrenti. Nemmeno la diminuzione del ricambio nè la ipoglicemia provocata esercitano influenza alcuna sull'infezione sifilitica.

A nessuno di questi fattori conosciuti del letargo è quindi lecito attribuire una azione curativa: la distruzione delle spirochete sifilitiche e di quelle della ricorrente che avviene durante il letargo è dovuta ad altri fattori ignoti, forse di natura endocrina.

Contrariamente al freddo, il calore uccide rapidamente la spirocheta: anche a questo si deve attribuire la efficacia della piretoterapia nella lues. Così sia le spirochete sifilitiche che quelle della ricorrente, ben coltivabili in termostato a 37 gradi, muoiono in pochi giorni ad una temperatura di 41 gradi.

Il veleno del cobra non esercita alcuna influenza sulla sifilide sperimentale del coniglio: esso esercita tutto al più una azione analgesica per i dolori della tabe. Ricerche sperimentali e cliniche hanno recentemente dimostrato che i preparati di un metallo raro, il rodio, sono molto attivi contro la lues. Il radio è però costosissimo, la sua unione con il salvarsan non ha dato risultati (fenomeni di interferenza). Per scoprire la sifilide in grandi masse di individui è molto utile la « reazione di Chediac » per la quale basta una sola goccia di sangue: in casi di reazione positiva o sospetta si eseguiranno, oltre all'esame clinico, le comuni reazione sierologiche (Wassermann e almeno due reazioni di flocculazione). P.

La morfologia dei pazienti con forme atipiche di tubercolosi.

(A. Jacquelin. *Journ. méd. français*, giugno 1939).

Data fino da Ippocrate la descrizione di un tipo morfologico, in cui si vede più frequentemente l'evoluzione verso la tisi. Altri studiosi vennero poi precisando le nozioni in proposito, ma per la costituzione di una dottrina bene stabilita, si deve arrivare ai lavori della scuola italiana (Viola, Pende, Fici) nonchè di quelle francese e tedesca. Secondo Viola, il tipo del predisposto corrisponde alla costituzione microsplancnica, tachitrofico e consuntivo. Pende precisa le diverse varietà ed ammette come grandi fattori della particolare sensibilità lo scarso sviluppo del cuore e della massa sanguigna da un lato, e del tessuto linfoide, dall'altro. La stessa classificazione, con qualche variante e con diverse denominazioni è, in complesso ammessa dalla scuola francese (Sigaud, Mac Auliffe e Thooris), russa (Bunak), tedesca (Kretschmer), ecc.

Ecco la descrizione, secondo l'A., della costituzione morfologica stigmatizzata dalla vulnerabilità per la tubercolosi polmonare.

Adulti di statura superiore alla media, longilinei slanciati, con arti abnormemente lunghi (scarsamente provvisti di muscoli), in contrasto con la gracilità del tronco. Testa piuttosto a tipo dolicocefalo, con profilo antero-posteriore, che può essere superiore a quello del torace. Collo lungo e gracile.

Predominanza del tronco sull'addome; torace lungo e piatto, che può essere largo in senso trasversale.

Addome poco sviluppato in tutte le dimensioni; masse glutee assai ridotte; rettilineità rachidea, con scomparsa dell'insellatura lombare.

Alla radiografia, tali toraci mostrano una vasta altezza dei campi polmonari; il loro eccessivo sviluppo coincide con il « cuore a goccia » di Rokitansky; finestre sopraclavicolari variabili, talora ridotte, tal'altra spaziose. La forma generale del graticolato costale contrasta con quella dei brevilinei; nei longilinei è piuttosto ad ogiva con coste obliquamente discendenti, mentre negli altri è a cupola con coste orizzontali. Sulle radiografie, si rileva inoltre un carattere negativo, cioè l'assenza di calcificazione delle cartilagini costali ad un'età in cui avrebbe dovuto iniziarsi almeno alla prima cartilagine.

Segni negativi sono: mancanza di stigmate di distrofia osteo-connettivo-elastopatica, denti regolari, sani, scheletro normale, non esistono ptosi, nè ernie.

Lo squilibrio endocrino è caratterizzato dall'iperfunzionamento tiro-ipofisario, con insufficienza pancreatica, genitale e soprattutto surrenale, come lo comprovano la riduzione del volume del cuore, la facile stancabilità, l'ipotensione, la tachicardia. In funzione di tali perturbazioni endocrine, l'equilibrio neuro-vegetativo è rotto nel senso di una simpaticotonia dominante (midriasi, aumento di frequenza del polso, inversione del riflesso oculo-cardiaco).

Si comprende che la tubercolosi segua una più grave evoluzione su questo terreno, in cui si trova già in potenza la tendenza che diventerà poi eccessiva allo stadio della tisi.

La differenza fra la tubercolosi confermata e la pretubercolosi, nel tipo piatto longilineo, è più che altro di grado, anzichè di natura. Esso lo si trova nel 75 % dei casi nella discendenza tubercolare. La genesi di questo tipo viene dall'A. riferita all'azione di attacchi febbrili nell'infanzia e nell'adolescenza (febbre di crescenza, febbre mucosa) spesso dovute a bacillosi. La febbre col suo corteo di sintomi ipertiroidei e simpatico-tonici, svilupperebbe l'attività endocrina, che si rileva all'età adulta. *La simbiosi prolungata di un'infezione bacillare contratta nell'infanzia e dell'organismo parassitato verrebbe a creare così il tipo morfologico descritto.*

I TIPI LINFATICI.

Si considera generalmente il linfatismo come un temperamento anormale, un modo di reagire, una diatesi. Esso imprime, inoltre, al tipo umano dei caratteri morfologici particolari, e del resto, suscettibili di una certa diversità. Secondo la definizione di Marfan, esso è un'iperplasia persistente più o meno generalizzata, dei gangli linfatici e dei tessuti linfoidi, risultante da reazioni comuni, non specifiche, che possono determinare in tali organi e tessuti delle infezioni ed intossicazioni prolungate.

L'A. distingue poi i segni maggiori del linfatismo e quelli satelliti. Fra i primi, oltre alla nota ipertrofia dei gangli linfatici e la splenomegalia (incostante) figura in prima linea l'anormale abbondanza della linfa e dei liquidi interstiziali che, dal punto di vista morfologico, si rivela spesso con la tendenza a forme tondeggianti, con aspetto come rigonfio di falsa adiposità a carni molli e pallide. In altri casi, il linfatico è meno infiltrato e può anche essere magro, ma presenta variazioni notevoli di peso, che indicano un'instabilità dello stato di idratazione dei suoi tessuti. La faccia è spesso, in questo tipo, caratteristica con l'atrasia del mascellare superiore, volta palatina ogivale, impermeabilità nasale (*facies* adenoidea); corpo allungato a contorni irregolari a bozze ed incavi.

I segni satelliti del linfatismo sono: 1) il rachitismo; 2) l'elastopatia, che secondo l'A. va riunita al rachitismo in una distrofia osto-connettivo-elastopatica, frequente negli asmatici e nelle forme benigne e fibrose della tubercolosi; sindromi endocrine, di insufficienza ipofisaria, tiroidea, surrenale, instabilità tiroidea su un fondo di ipotiroidismo permanente; 4) insufficienza epatica e renale, di cui la prima è la più frequente.

Tali manifestazioni essenziali del linfatismo spiegano le tendenze morbose di questi pazienti e cioè: 1) essudativa (frequenza di catarri delle vie respiratorie, di enteriti, di eczemi secernenti); 2) alle infezioni secondarie da piogeni delle vie respiratorie, dalla flora colibacillare per l'intestino, dai germi della cute (impetigine, orzaioli, ecc.); seborroica; 4) ai disturbi circolatori venosi periferici (varici da elastopatia, acrocianosi, geloni); 5) agli incidenti allergici, facilitati dai disturbi colloidoclasici, l'instabilità vaso-motoria e la spasmofilia; 6) da resistenza alla tubercolosi, che prende in questi pazienti delle forme attenuate e fruste.

Tale è, nelle sue grandi linee, questa costituzione linfatica. Sorge, pertanto, il problema dei suoi rapporti con la tubercolosi. È un fatto che alcuni linfatici sono già dei tubercolosi atipici o larvati ed è certo che delle transizioni quasi insensibili legano il loro stato alla scrofola. Ma non si può negare che esiste uno stato

costituzionale linfatico indipendente dalla tubercolosi, fatta riserva del suo virus filtrabile, su cui non è ancora stata detta l'ultima parola. Tale stato comporta una resistenza innegabile alla tubercolosi ed è appunto questa una delle ragioni per cui la tubercolosi stessa assume in essi delle forme atipiche. *fil.*

Il trattamento della difterite.

(C. J. MC SWEENEY. *Practitioner*, giugno 1939).

Nel trattamento della difterite si deve innanzitutto procedere alla sieroterapia, che deve essere praticata al più presto possibile, perchè la mortalità si raddoppia progressivamente per ogni giorno che passa. Il siero deve essere somministrato anche nei casi solamente sospetti senza attendere l'esito dell'esame batteriologico.

La dose terapeutica minima è di 4000 U. che va riservata solo ai casi nei quali le false membrane sono limitate alle tonsille e la malattia dura da non oltre 48 ore. Quando ambo le tonsille sono completamente coperte occorrono 8000 U.; quando le membrane raggiungono i pilastri 10.000 U.; quando si estendono al palato molle 20.000 U.; alla base dell'ugola 30.000 U.; a tutta l'ugola 40.000 U., al nasofaringe 60.000

Le dosi successive devono essere più piccole e praticate a distanza di dodici ore, oppure di sei nelle forme con pseudomembrane difteriche.

La sieroterapia deve essere particolarmente intensa fino a raggiungere 120.000 U. nei casi di difterite grave, caratterizzati più che dalla estensione delle pseudomembrane dall'edema delle fauci, dal gonfiore dei tessuti del collo, ed eventualmente dalle emorragie dalla bocca, dal naso, dalla gola.

Le iniezioni vanno fatte sempre per via intramuscolare anche nei casi gravi, nei quali la via endovenosa può essere scelta per le successive iniezioni da praticarsi sei ore dopo la prima intramuscolare.

Qualora il paziente diventasse molto pallido si praticheranno iniezioni di adrenalina, si abbasserà la testata del letto in modo che il capo abbia una posizione più bassa dei piedi, si applicheranno bottiglie d'acqua calda.

Quando l'affezione è localizzata solo al naso sono sufficienti 10.000 U., e 20.000-30.000 U. quando è localizzata solo alla laringe.

La difterite delle congiuntive, dei genitali e delle ferite sono relativamente poco tossiche ed in genere richiedono una sola dose di siero di 8.000-10.000 U.

È ben praticare l'iniezione sulla faccia esterna ed a metà della coscia in modo che l'ago penetri nel vasto esterno. Occorrendo una seconda iniezione si farà nell'altra coscia. La regione glutea è da escludersi perchè l'indurimento provocato dal siero darebbe molto fastidio al malato costretto alla posizione supina.

La difterite si cura meglio in ospedale. Il paziente deve osservare il riposo assoluto in posizione supina per tutto il tempo nel quale sono a temere complicazioni cardiovasali, ossia per non meno di tre settimane e nelle forme gravi fino a dieci settimane. È consentito un solo cuscino sotto la testa, ed è consigliabile porne uno sotto i piedi. Anche il porsi seduto a letto può però provocare una sincope.

Per provocare la defecazione si praticheranno clisteri a giorni alterni.

Fino a che persistono le pseudomembrane si darà solo latte. Successivamente quando la temperatura sarà tornata normale si potranno aggiungere minestrine, budini, uova poco cotte, e marmellate, verso il 14° o 20° giorno, a seconda della gravità del caso, purée di patate, pesce, frutta fresca e pane.

Alcuni bambini anche dopo giorni e settimane dalla guarigione presentano una certa difficoltà nel camminare: occorre che il moto sia ripreso a poco a poco senza sforzi. Il presentarsi di alcuni disturbi, come la nausea, il vomito, l'alterazione del ritmo e del respiro, la piccolezza del polso deve consigliare a riprendere rigorosamente il trattamento precedente.

Per combattere la tossiemia durante il periodo di stato giova molto il glucosio, che nelle forme gravi va dato per via endovenosa (glucosio anidro gr. 20, soluzione fisiologica cmc. 40).

In tutto il corso della malattia giova dare piccole dosi di stricnina ed eventualmente di adrenalina.

Se il polso diventa piccolo si praticheranno iniezioni di canfora. La bradicardia si curerà con l'atropina, le extrasistoli o altre forme di aritmie si cureranno con le iniezioni di caffeina. La digitale è sempre pericolosa nella difterite.

Le forme conclamate d'insufficienza cardiaca si verificano per lo più a metà della seconda settimana o alla fine della sesta. Sono annunziate generalmente dal vomito che rende impossibile l'alimentazione per via orale. Da ciò la necessità di nutrire l'infermo per via rettale mediante soluzioni glucosate. Per migliorare la circolazione conviene abbassare la testata del letto ed applicare sul tronco e sugli arti bottiglie calde o meglio termofori. Come cardiocinetico si userà la canfora; come sedativi la morfina ed il bromuro di ammonio.

Molte delle paralisi post-difteriche non richiedono uno speciale trattamento se già è stata somministrata la stricnina. Nei disturbi della digestione dipendenti da paralisi del palato molle basterà sostituire all'alimentazione liquida quella semisolida. Nelle paralisi faringee l'alimentazione si praticherà con la sonda nasale. Le paralisi delle estremità quando siano molto accentuate si cureranno con i massaggi e le elettricità. Ma in genere tutte le paralisi difteriche col tempo guariscono spontaneamente.

La difterite laringea si cura con le fomentazioni di vapore da praticarsi sotto apposita tenda. La quantità di siero da iniettare sarà in rapporto alla diffusione del processo alle parti vicine, alle fauci o al naso. Per alleviare lo spasmo laringeo si pratica una soluzione di tintura di belladonna, tintura canforata di oppio, di tintura d'ipecacuana in acqua zuccherata. Per calmare l'agitazione, che suole verificarsi dopo l'iniezione di siero, si somministrerà bromuro d'ammonio. Il trattamento operatorio (tracheotomia, intubazione) è necessario quando c'è stridore marcato, rientramento sopraclavicolare intercostale ed infrasternale, cianosi con irrequitezza, gravi accessi di tosse con dispnea.

Una delle più frequenti complicazioni della tracheotomia è la bronco-pulmonite, che è annunziata da aumento della temperatura e da aumento della frequenza del polso e del respiro. È spesso letale, e solo in pochi casi guarisce in seguito al trattamento nella tenda ed ossigeno. La cura consiste nelle applicazioni di cataplasmi alle basi, il siero antipneumococcico ed i preparati sulfonamidici sono inefficaci. Molti di tali casi sono in effetti vere forme di difterite pulmonare.

I portatori di bacilli difterici presentano in genere alterazioni delle tonsille, del naso e dell'orecchio, per le quali possono essere indicate la tonsillectomia, l'asportazione di adenoidi o la turbinectomia, o operazioni sulla mastoide. Comunque prima di ricorrere a tali interventi occorre tentare di bonificare i portatori con gargarismi ed instillazioni di antisettici nel naso e nell'orecchio. In ogni caso i pazienti dovrebbero essere dimessi dall'ospedale solo dopo che tre esami batteriologici siano risultati negativi. DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. GRÉGOIRE et R. COUVELAIRE. *Apoplexies viscérales séreuses et hémorragiques (Infarctus viscéraux)*. Masson et C.ie Edit. Paris, 1937. Pag. 180. Pr. fr. 50.

Gli AA. rivolgono il loro studio agli « infarti viscerali », terminologia che accettano per tradizione, ma non per convinzione, poichè negano che l'infarto, nel corrente e universale modo di intendere, sia una malattia, mentre non è che un modo di presentarsi di un viscere, una sua speciale colorazione, o al più « una infiltrazione sanguigna ».

L'infarto, quello di tutti i medici, è la conseguenza di un trombo o di un embolo, che sopprime un territorio sanguigno, ma quello di cui si interessano gli AA. corrisponde a una lesione, in cui non entrano nè la trombosi nè l'embolia, che può colpire qualunque viscere, e forse anche il cervello. Esso è provocato sperimentalmente, evitando ogni azione diretta sui vasi, per irritazione del sistema neurovegetativo determinata nella clinica dai più diversi stimoli, chimici, tossi-infettivi, traumatici, elettrici, ecc. La conseguenza è unica: un « fenomeno apoplettico », il colpo emorragico.

Il libro è tutto una ricca documentazione sperimentale degli accennati concetti, indubbiamente originali, la prova di come si possono determinare in qualsiasi viscere o in molti visceri — intestino, pancreas, polmone, utero, testicolo, ecc. —, il fenomeno apoplettico, con tutte le sue conseguenze sintomatiche locali e generali, raggruppandole sotto un fattore patogenetico comune « apoplessia per choch da intolleranza ».

Gli esperimenti furono fatti su cani, cavie, conigli ecc. servendosi, come sostanza anafilattizzante, di siero di cavallo. Le conseguenze, concordi a quelle fondamentali messe in evidenza dal Richet C., Portier e altri furono caratteristiche dello choc anafilattico, e, come lesioni a sede viscerale, emergono per le alterazioni della sfera circolatoria, congestioni e emorragie diffuse, determinate dalla brusca caduta della pressione arteriosa e dalla dilatazione dei capillari, subordinate all'influenza della irritazione delle terminazioni nervose del sistema vascolare, del simpatico. Tutto ciò ha per base una ricca letteratura scientifica e sperimentale, e amplissimo è il contributo che gli AA. vi hanno apportato, contributo che in parte può chiarire il meccanismo di alcuni accidenti apoplettici che clinicamente si osservano nell'uomo.

Alcune tavole illustrano i risultati anatomici degli infarti viscerali praticati sperimentalmente; ma con tutto ciò è quanto mai difficile

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

se non impossibile distinguere anche anatomicamente, e con più ragione clinicamente, l'infarto per lesione vascolare dalla apoplessia per choch. Comparativamente alla parte sperimentale estesa è quella clinica, con una abbondante casistica, che sopratutto si propone di guidare l'orientamento curativo e chirurgico nella apoplessia con speciale riferimento a quella intestinale.

L'opera è veramente interessante, e merita di esser letta con la massima attenzione, in quanto apre la via a concezioni patologiche e cliniche in buona parte nuove, nel loro contenuto rigorosamente scientifico, e quindi a possibilità terapeutiche di grande importanza.

G. MÒGLIE.

MAURICE VILLARET et RENÉ CACHERA. *Les embolies cérébrales. Etudes de pathologie expérimentale.* Masson et C.ie Editeurs, Paris, 1939, pag. 133. Prezzo fr. 32.

È uno studio originale e sperimentale, trattato con ampio e rigoroso tecnicismo, sulla fisiopatologia circolatoria del cervello in azione, mediante l'embolia provocata, iniettado nei vasi corpi estranei solidi o gassosi, per poi osservarne le reazioni vascolari dell'organo e quindi i disordini della circolazione cerebrale che ne derivano.

Nei riguardi della fisiopatologia del cervello l'opera va intesa come uno studio di patologia sperimentale, come un contributo alla genesi delle conseguenze dell'embolia, che per la prima volta il Virchow nel 1847 differenziò dalla trombosi. L'argomento non è nuovo poichè molti se ne occuparono dal Flaurens, Ehrmann, Cohn e Weber, dal Prévost e Cotard sino agli studi più recenti dell'Hermann e dei suoi collaboratori.

Il lavoro di cui ci interessiamo è considerato dagli AA. nei limiti di una ricerca sulla capacità dell'embolia a provocare o meno nelle piccole arterie dell'encefalo delle reazioni vasomotrici normali o atipiche, dei focolai di infarto nella sostanza nervosa e precisarne le modalità di formazione. La tecnica è basata sulla possibilità di osservare i detti fenomeni in azione nell'animale vivente (cane) in stato di anestesia. Ottenuta la loro visione diretta con speciali dispositivi, essi furono fissati in pellicole in modo da averne una interessantissima microfotografia in serie, che con adatti ingrandimenti viene riprodotta nel testo, illustrandolo nel modo più dimostrativo e originale.

La documentazione anatomo-patologica è fornita dai risultati di numerose esperienze, accompagnati da microfotografie delle lesioni osservate. Di speciale interesse clinico comparativo è lo studio dei fenomeni nervosi conseguenti all'esperimento sia come fenomeni immediati, sia secondari. Le esperienze, come fu accennato, sono distinte in due parti, l'una dedicata alle embolie cerebrali solide, l'altra a quelle gassose.

Chiude l'importante monografia un capitolo sulle deduzioni generali tratte dall'osservazione diretta e nel vivo della superficie cerebrale per l'azione dell'embolia. Così furono determinate le reazioni vaso-motrici del cervello, durante e in seguito alle embolie solide, a carattere durevole per uno spasmo intermittente ma a ripetizione, il che verrebbe a portare un notevole contributo alla dottrina dell'angiospasmo nella genesi del rammollimento cerebrale, non escludendosi con ciò la possibile coesistenza dello spasmo con la dilatazione vasale, anche nei limiti di un solo ramo arterioso.

Si dimostrarono inoltre la vascolarizzazione anastomotica della corteccia cerebrale, e, mediante l'osservazione microscopica sul vivente, la determinazione dell'infarto cerebrale; le modalità del raggiungimento del cervello da parte delle embolie gassose, e l'arresto circolatorio che vi si può osservare, e a cui sarebbero dovute, indipendentemente da qualunque reazione angiospastica, le più dirette e caratteristiche alterazioni anatomiche.

Segue una abbondante bibliografia, ove sono ricordati tra gli italiani il Guizetti P., il Monti, il Coppa E. e il Lapella A. G. MÒGLIE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Congresso della Società Neuro-Chirurgica Britannica.

(Oxford, agosto 1939).

La Society of British Neurological Surgeons, se è composta di un numero ristretto di soci, è in compenso molto attiva; ed alle sue riunioni biannuali hanno l'abitudine di prendere parte numerosi neuro-chirurgi stranieri, oltre ai pochi membri corrispondenti.

Una delle sue riunioni annuali viene di solito tenuta all'estero. Così nel giugno 1937 la Società si riunì a Berlino e a Breslavia presso Tönnis e Förster; nel giugno 1938 a Parigi presso Clovis Vincent. Quest'anno invece la riunione estiva — dal 17 al 19 agosto — ha avuto luogo ad Oxford presso H. Cairns, professore di neurochirurgia in quel Centro Medico, istituito dalla munificenza di Lord Nuffield.

Il Congresso si è iniziato nella Radcliffe Infirmary, ove il prof. Cairns ha operato un paziente affetto da un tumore dell'angolo ponto-cerebellare destro.

Il malato era stato operato parecchio tempo prima di decompressione cerebellare in un altro ospedale.

L'intervento, condotto con grande precisione, traverso una resezione parziale di un emisfero cerebellare, permise la rimozione parcellare del tumore insieme con la capsula.

Le sedute del Congresso si sono svolte in una sala del Nuffield Institute il 18 e il 19 agosto.

Mixter di Boston e Mc. K. Craig di Rochester

(Minnesota) hanno parlato delle ernie del nucleo polposo: ne è seguita un'ampia discussione.

Francis C. Grant di Filadelfia ha parlato sui risultati fisiologici della sezione della radice discendente del V, riferendo sui risultati ottenuti in 9 casi.

Secondo l'oratore, l'operazione proposta e applicata da Sjöqvist, rappresenta un intervento facile, e che sarebbe sopratutto indicato nei casi di nevralgie sintomatiche (ad es. in casi di tumori inoperabili del viso). Per la nevralgia maggiore essenziale preferisce la sezione della radice per via temporale secondo Frazier, che ormai in quasi mille casi operati da Frazier e da Grant ha dimostrato la sua efficacia e la sua benignità.

G. F. Rowbotham ha ricordato che, per la sua personale esperienza, la trattotomia rappresenta un intervento più grave della sezione della radice, in quanto il punto di repere del taglio sul bulbo è meno preciso, e d'altra parte il decorso postoperatorio non è così semplice come quello che segue alla rizotomia per via temporale.

Chiasserini ha detto che, se la trattotomia offre alcuni vantaggi sulla rizotomia (conservazione della sensibilità tattile), essa è una operazione forse meno precisa e meno benigna della sezione della radice del V per via temporale.

Una dimostrazione veramente interessante, con proiezione di numerosissime e bellissime microfotografie, ha fatto P. del Rio Hortega sulla istologia dei neuroblastomi e sulle varietà dei gliomi.

Mc. K. Craig ha riferito su 91 casi di tumori del midollo cervicale operati nella Clinica Mayo. Ha insistito sulla opportunità di eseguire, quando ciò è possibile, delle emilaminectomie, per non indebolire la statica della colonna cervicale. Su quest'ultimo punto hanno parlato pro e contro vari oratori.

Alcuni collaboratori del prof. Cairns, fra cui J. B. Pennybacker, hanno avuto campo di mostrare una cospicua raccolta di preparati macro e microscopici di patologia cerebro-spinale, e di ventricolografie.

Ludwig Guttmann ha fatto vedere degli esperimenti intesi a mostrare con evidenza la secrezione sudorale a mezzo della Chinizarin (colorazione violacea delle aree sudanti).

J. B. Pennybacker ha parlato delle cisti cerebellari traumatiche; F. G. Hobson dei risultati ottenuti con i sulfonamidi del trattamento delle meningiti; F. C. Courtice della circolazione cerebrale nell'aumentata tensione endocranica; Schlesinger del drenaggio venoso del cervello con speciale riguardo al sistema di Galeno, facendo notare che l'allacciatura delle vene di Galeno non è necessariamente mortale; R. A. Krynauw del valore della elettro-encefalografia per la diagnosi neurologica; S. Zuckermann della stimolazione visiva in rapporto alla attività ipofisaria; A. Chiasserini delle lepto e pachimeningiti croniche circoscritte cerebrali e spinali.

Tutte queste comunicazioni hanno dato luogo a discussioni più o meno ampie.

H. Cairns ha dimostrato alcuni pazienti operati: in uno di essi un'afasia traumatica era scomparsa in seguito ad intervento chirurgico; un secondo paziente era stato operato per una sintomatologia di compressione midollare acuta dovuta ad una cisti del forame occipitale; in un terzo paziente operato di meningioma occipitale le radiografie dimostrate permettevano di riconoscere sulla pellicola i contorni del tumore; un quarto individuo infine era stato operato di emangioma del cervelletto.

Una cinematografia a colori di grande interesse è stata presentata da H. W. Florey. Essa dimostrava in maniera evidentissima il circolo capillare, e alcuni fenomeni istogeni connessi con tale circolo.

Un'altra bellissima cinematografia a colori, presentata da W. Mc. K. Craig, illustrava in modo evidentissimo l'intervento chirurgico, che è attualmente praticato nella Clinica Mayo da Adson e collaboratori per la cura della ipertensione essenziale. Esso consta della resezione bilaterale degli splancnici e dei due primi gangli lombari. Craig ha completato la esposizione cinematografica parlando delle indicazioni e dei risultati ottenuti. La comunicazione ha dato motivo ad una larga discussione.

Geoffrey Jefferson di Manchester ha aperto la discussione sul trattamento delle lesioni penetranti del capo; mentre un'altra discussione sui tumori dell'acustico è stato iniziata da Hugh Cairns.

Si può concludere questo breve riassunto, affermando che in questa riunione della Società Neuro-Chirurgica Britannica sono stati trattati numerosi ed interessanti argomenti; e, ciò che sembra contare anche di più, quasi ognuno degli argomenti trattati ha dato origine a delle ampie discussioni.

La Società è attualmente presieduta dal prof. Norman Dott, il ben noto allievo di Cushing, ora professore di neuro-chirurgia a Edimburgo; mentre ne è infaticabile segretario onorario Geoffrey Jefferson, neuro-chirurgo a Manchester, e che recentemente è stato nominato professore di neurochirurgia in quella Università.

Il prof. Hugh Cairns, altro allievo di Cuhing, e la sua gentile signora hanno fatto gli onori di casa.

Alcuni dei soci hanno avuto il piacere e l'onore di avere come guida in una visita ai meravigliosi Collegi di Oxford la stessa signora Cairns, che ci ha anche riunito in una cena familiare nella bella Old Senior Common Room del Collegio Balliol.

E nella splendida sala di un altro famoso Collegio, il Magdalen College, i partecipanti alla riunione si sono trovati ad un pranzo, a cui partecipava il fondatore del Centro medico di Oxford, Lord Nuffield.

A. CHIASSERINI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La fessurazione spontanea e simmetrica delle ossa.

È questa un'affezione organica delle ossa, da staccarsi dal gruppo dei reumatismi; essa è stata descritta sotto il nome di sindrome di Pickmann e forma l'oggetto di una trattazione da parte di P. Ravault, Gibard e Didier (*Lyon méd.* e *Journ. des praticiens*, 12 agosto 1939).

Il sintoma capitale è costituito dai dolori, alle cosce, alla regione del bacino, talora anche agli arti superiori, nelle regioni toraciche dorsale e lombare. La sede dei dolori dipende naturalmente da quella delle fessure. Vi si associa un certo grado di impotenza funzionale, tanto che alcuni malati rimangono confinati nel letto.

Nulla all'esame obbiettivo; talora tendenza allo schiacciamento vertebrale, alla cifo-scoliosi, ma non segni evidenti di osteomalacia generalizzata.

All'esame radiologico, delle strie ossee, che danno l'impressione di fratture spontanee; irregolari, che interessano tal volta tutto l'osso, altre volte incomplete. Si tratta di vere strisce di decalcificazione, generalmente simmetriche. Le lesioni ricordano quelle dell'osteomalacia: esistono delle deformazioni pelviche, un incurvamento od angolamento delle ossa lunghe.

L'affezione è cronica e si prolunga per parecchi anni; talora, si ha un miglioramento, con attenuazione dei dolori e miglioramento dell'impotenza.

Numerosi punti di contatto avvicinano tale affezione all'osteomalacia, difettando però la ipocalcemia. È spesso secondaria ad affezioni decalcificanti diverse.

Il trattamento consiste nella ricalcificazione intensiva: calcio iniettabile con vitamina D (ergosterina irradiata, olio di fegato di merluzzo); cambiamento d'aria, radioterapia.

fil.

La riparazione delle ferite mucose e gli acceleranti della epitelializzazione.

P. Carnot (*Paris méd.*, 22 luglio 1939) ha studiato il problema della riparazione delle ferite mucose, specialmente dal punto di vista di possibili applicazioni alle ulceri gastriche, praticando degli esperimenti sui cani, in cui faceva delle abrasioni della mucosa gastrica, per un'estensione circolare di 6 cm. di diametro, rispettando la sottomucosa e la muscolare. Tali abrasioni si vanno cicatrizzando con una notevole regolarità, sicchè dopo 3 settimane si ha costantemente un'epitelializzazione, che si estende per i due terzi.

Ha poi sperimentato l'azione di vari agenti su tale processo, osservando che la diatermia, i raggi ultravioletti, la jonizzazione allo zinco, al magnesio ed allo jodio ha un effetto nettamente ritardante. Nettamente proliferativi ed epitelializzanti si sono dimostrati gli estratti embrionari. Interessanti sono le ricerche fatte sistematicamente sopra una serie di sostanze che, per la loro affinità con quelle che sono cancerigene, sono da ritenersi epitelializzanti, escludendone però quei corpi ad azione sicuramente cancerigena.

I risultati più netti sono stati ottenuti con l'acenaftolo, che viene utilizzato in soluzione in olio di oliva, con cui si spennellano i margini dell'ulcera sperimentale dopo l'operazione, introducendola anche direttamente nello stomaco. Con tale sostanza, si è veduto un abbreviamento nettissimo del tempo di epitelializzazione. La neoformazione della mucosa, con le sue pieghe e le ghiandole mucose molto stipate, che mostrano l'intensità della nuova proliferazione, è sopratutto attiva verso i margini. Ma con l'acenaftolo l'epitelializzazione è totale anche al centro (dopo 3 settimane), dove è notevole lo spessore della nuova mucosa con le sue ghiandole. Più tardi, e soltanto con il trattamento all'acenaftolo, compaiono anche gli elementi differenziati della mucosa gastrica.

L'A. ha fatto delle applicazioni del metodo anche per accelerare la cicatrizzazione terapeutica, nell'uomo, delle ulceri digestive, delle varicose, ecc., con risultati che sono assai promettenti.

fil.

La pratica delle episiotomie ed il trattamento precoce di quelle non adese.

È ormai entrata largamente nell'uso la pratica delle episiotomie per affrettare il parto ed evitare lacerazioni, che possono dare gravi conseguenze. C. Lucchetti però (*Clin. Ostetrica e Ginec.*, giugno 1939) osserva che pure in un ambiente ottimo come quello di una Clinica, la percentuale delle suture non adese era molto maggiore per le episiotomie che per le lacerazioni spontanee. Questo va attribuito al fatto che si praticava dapprima l'episiotomia laterale (destra o sinistra), mentre quella mediana aderisce assai meglio. Si è, perciò, abbandonata la pratica delle episiotomie sistematicamente laterali, riservandole ad alcune speciali indicazioni (perineo molto basso, blocco cicatriziale perineale da pregressa sutura) ed adottando invece, negli altri, l'episiotomia medesima con deviazione laterale dell'estremo inferiore per salvaguardare il retto, oppure il tipo paramediano, che partendo dal centro della forchetta, devia verso destra o sinistra.

In tal modo, la percentuale delle suture non adese si è abbassata al livello di quelle da lacerazioni spontanee. Per le une e le altre, l'A. ha adottato un sistema di trattamento precoce, da farsi dopo ottenuta la perfetta detersio-

ne della piaga e l'assoluta scomparsa di anche pochi decimi di febbre. L'A. descrive accuratamente il metodo adottato, che consiste essenzialmente nella cruentazione dei margini e delle superfici della piaga e nella successiva sutura. I risultati, nelle 13 lesioni vaginali di cui riporta le storie, sono stati ottimi, con adesione perfetta e completo ripristino anatomico e funzionale delle parti suturate in tutti i casi, anche in 2 in cui la lesione era complicata da lacerazione del retto. *fil.*

Un caso di flebiti blu nel decorso di una polmonite.

La flebite è una complicazione rara della polmonite: 1 caso su 500. È complicazione per lo più tardiva, si localizza prevalentemente ad un arto inferiore, ha evoluzione rapida.

Ne descrive un caso A. Buisine (*Journ. des scienc. medic. de Lille*, 20 agosto 1939) osservato in una donna di 37 anni. La sola cosa che la distingueva dagli altri casi era il colorito rosa infiammatorio dell'arto colpito. La malattia si era svolta in 3 periodi: dal 1° al 16° giorno una polmonite classica, dal 16° al 35° giorno un episodio acuto pleuropolmonare brusco, con emottisi, da infarto e dal 35° giorno una flebite. La flebite coincideva con assenza di oscillometria dell'arto, per cui simulava un'embolia arteriosa. Si tratta di una forma arteriosa di obliterazione venosa (flebarterite di Audier). R. Gregoire ha battezzato questa forma « flebite blu phlegmatia caerulea dolens ».

Questa forma ha un inizio più drammatico della forma alba, si associa a spasmi arteriosi e a cianosi e spesso a collasso e dura poco (1 mese circa).

Questi fatti si spiegherebbero come un'eccitazione del simpatico perivenoso che, dalla vena infiammata, agirebbe sul simpatico cardiovascolare generale (donde collasso) e sul simpatico vicino (donde spasmo arterioso).

Lo spasmo arterioso può dare gangrena dell'arto.

All'inizio, nel dubbio diagnostico fra embolia e flebite, un mezzo diagnostico è quello dell'iniezione di acecoline (l'acecoline agisce solo sullo spasmo arterioso, non sul venoso). Nel caso dell'A. non si usò l'acecoline perchè il collasso circolatorio era grave, ma si usò l'anestesia del simpatico lombare che agisce sullo spasmo tanto venoso che arterioso e pare abbia anche azione curativa. L.

I tumori della parotide.

In 13 casi di tumori benigni con 12 esami istologici si è constatato (Roux-Berber e M. Jadlovker *Presse Médicale*, n. 26, 1936) che la recidiva è costante in seguito all'enucleazione intraghiandolare. L'associazione della radioterapia o della telecurieterapia alla chirurgia, non ha mai impedito la recidiva. Malgrado l'apparenza di tumore enucleabile il tumore misto deve essere asportato mediante parotidectomia. Gli AA. consigliano pertanto di estendere la parotidectomia totale a tutti i tumori della parotide, data anche la difficoltà che spesso si incontra, di eseguire una diagnosi precisa sulla malignità del tumore non solo clinicamente, ma anche al tavolo operatorio: spesso infatti è solo l'esame istologico che può dirimere ogni dubbio. M. PEREZ.

La legatura della a. carotide comune nei casi di cancro della testa e del collo.

Dal lavoro di W. Watson e Silverstone (*Annals of Surgery*; n. 1, 1939) risulta che in pazienti portatori di cancro la legatura dell'art. carotide comune deve essere considerata un intervento assai azzardato. La mortalità operatoria nei casi riportati dagli AA. (20) fu del 55 %. Le frequenti variazioni e anormalità dell'anatomia delle arterie del collo e del cervello inducono ad ammettere che tali importanti anomalie anatomiche possono spiegare la grande varietà di complicazioni cerebrali che fanno seguito alla legatura dell'a. carotide comune. Gli AA. ritengono che la possibilità che si stabilisca un circolo collaterale efficiente nella circolazione cranica dopo legatura dell'a. carotide comune non deve essere tenuta in grande considerazione. La prognosi non è migliorata dall'uso della pinza di Crile per la occlusione graduale dell'a. carotide comune. L'età non sembra avere molta importanza per le prognosi. I cinque pazienti più giovani della serie presentata dagli AA. vennero a morte subito dopo l'intervento.

Di nove pazienti 6 al momento del ricovero in ospedale avevano oltrepassato i 50 anni di età. La causa di morte più frequente (70 %) fu una complicazione cerebrale: gli emboli, l'emorragia o l'edema della glottide rappresentano frequentemente i fattori principali dell'esito letale dei pazienti. La trombosi che fa seguito alla legatura dell'arteria probabilmente si verifica molto frequentemente. La sepsi, il dimagrimento, l'emorragia, la disidratazione, la pressione abbassata sono fattori i quali contribuiscono a determinare l'esito fatale per legatura dell'a. carotide comune; l'apparato vascolare sanguigno congenito e preesistente che si distribuisce al cervello rappresenta il più importante fattore per il mantenimento della vita dopo legatura dell'a. carotide comune.

TOSATTI.

L'efficacia della tossina di Coley nel trattamento del sarcoma.

È noto che Coley ha proposto entusiasticamente l'uso di determinati prodotti batterici per il trattamento del sarcoma, specialmente dell'osso.

Questo A. consiglia di iniettare una mescolanza di sospensioni uccise di streptococcus erysipelatis e di Kp. prodigiosus come complemento alla terapia chirurgica e alle irradia-

zioni. Tale miscuglio è noto sotto il nome di « Coley's toxins ».

A. Brunschwig (*Annals of Surgery*, n. 1, 1939) ha voluto studiare gli effetti della iniezione intraperitoneale di « Coley's toxins » sul sarcoma del sottocutaneo del ratto, ottenuto per mezzo di idrocarburi cancerigeni.

Non gli è riuscito di osservare alcuna inibizione dello sviluppo del tumore.

In un notevole numero di casi i tumori degli animali trattati presentarono una evidente reazione iperemica ed emorragica. È certo che ciò era dovuto ad una reazione dell'organismo alla iniezione di prodotti batterici poichè tali modificazioni non furono mai osservate negli animali di controllo.

Non sembra pertanto che tali reazioni riescano a inibire la crescita del tumore.

TOSATTI.

Grosso emangioma cavernoso del fegato.

Ray B. S. (*Annals of Surgery*, fasc. 3°, 1939) riporta un caso di emangioma cavernoso del fegato in cui, essendosi ad addome aperto constatata la sua inasportabilità chirurgica, per la troppo ampia estensione e la completa sessilità, furono posti in parenchima epatico ai margini del tumore quattro tubetti Cushing d'argento e fu richiuso l'addome.

Indi fu instituito un trattamento roentgenterapico usando in ogni seduta da 300 a 370 unità R. in modo da raggiungere in 4 mesi, 5.772 unità.

Dopo 4 mesi di intervallo il trattamento fu ripreso e si aggiunsero in altri 7 mesi 4.602 unità R.

Il paziente, fin dall'inizio della roentgenterapia è andato rapidamente migliorando. I disturbi che il tumore gli produceva e che consistevano in dolori laceranti e peso insopportabile all'ipocondrio destro ed all'epigastrio e in difficoltà della digestione sono scomparsi.

I controlli radiologici eseguiti a regolari intervalli di tempo hanno mostrato il progressivo riavvicinamento dei tubi di Cushing cioè la progressiva diminuzione di volume del tumore che è continuata ancora dopo la fine del trattamento roentgen.

Dall'ultima Xgrafia eseguita l'emangioma appare ridotto ad un sesto del suo primitivo volume.

D'AGOSTINO.

MEDICINA SCIENTIFICA

La causa della curva glicemica bassa nel morbo celiaco.

Lo sprue tropicale e non tropicale degli adulti è identico al morbo celiaco dei bambini. Queste tre sindromi, che sono una suddivisione della steatorrea idiopatica, si possono anche indicare col nome di malattia di Gee-Thaysen.

Il Thaysen stesso nel 1926 trovò una curva glicemica bassa in casi di sprue non tropicale e questo fatto fu confermato da altri e fu notato anche nel morbo celiaco.

T. Crawford (*The Quart. Journ. of. Medic.*, luglio 1939) ha voluto studiare le cause di tale abbassamento della curva glicemica nel m. celiaco. Le cause possibili sono: un abbassamento della soglia renale per lo zucchero, un diminuito o ritardato assorbimento di zucchero dall'intestino, un'aumentata utilizzazione o un aumentato immagazzinamento del glucosio nei tessuti dopo l'assorbimento.

Se la soglia renale del glucosio fosse abbassata, si dovrebbe avere glicosuria. Mac Lean e Sullivan la trovarono una volta sola su 14 casi esaminati, quindi questa causa va esclusa.

Il problema si può risolvere studiando il comportamento della glicemia dopo iniezione endovenosa di soluzione glucosata, perchè con questo mezzo si elimina in modo certo un eventuale disturbo di assorbimento di origine intestinale.

Nei 12 casi studiati dall'A., ad eccezione di uno, si ebbe aumento della glicemia (dopo ingestione di 2 gr. di glucosio per Kg. di peso) inferiore a 40 mg. per cento. Da queste curve si deve escludere che esista nel m. celiaco un disturbo del ricambio intermedio dei carboidrati. Esclusa anche l'ipotesi dell'abbassamento della soglia renale bisogna fermarsi a quella del mancato assorbimento di glucosio per via intestinale. E questo, nei casi dell'A., è confermato dalle curve eccessivamente basse di glicemia ottenuta dando lo zucchero per via orale.

La sensibilità all'insulina, saggiata in 6 malati, non ha dimostrato variazioni dal normale.

L.

VARIA

La « naturina » un nuovo ritrovato dell'industria farmaceutica tedesca.

Si ha notizia da Berlino che l'industria farmaceutica germanica è riuscita a produrre un nuovo tipo di materia di stoffa che si presta egregiamente a sostituire il tipo di garza finora in uso. Questa materia la si ricava dalla pelle di animali e ha l'aspetto di sottilissimi fogli di pergamena, che però a contatto con l'acqua tiepida si fa pieghevole ed elastica ed aumenta di volume. In tale stato la si può rendere sterile facendola bollire. Grazie alla sua morbidezza questa epidermide artificiale chiamata *naturina* la si adatta a qualsiasi superficie del corpo come una membrana di gomma. La *naturina* non lascia passare sostanze grasse; ove quindi una ferita richieda il trattamento di uno strato di pomata non c'è pericolo che questa venga assorbita per buona parte come avviene per la garza usuale. Un altro vantaggio della *naturina* è di poter essere tolta con grande facilità senza rompersi e sfasciarsi come spesso avviene con la garza. Infine la *naturina* costa pochissimo e il fatto che la si possa sterilizzare e riadoperare più volte ne diminuisce ancora il costo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Modifiche alla tariffa nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche.

Il Sindacato nazionale fascista dei medici — in seguito ad accordi intervenuti col Ministero delle Corporazioni e con quello di Grazia e Giustizia — propone, a norma dell'art. 10 della legge 5 febbraio 1934, n. 163, che la Corporazione esamini l'opportunità di modificare alcuni punti della vigente tariffa nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche, secondo lo schema allegato.

1) Per quanto concerne l'art. 1, si rileva che l'inciso « ... anche se in possesso di titoli specifici », posto, com'è attualmente, nel secondo comma dell'art. 1, non appare di facile interpretazione e non esprime con chiarezza la ragione per cui è stato inserito nell'articolo. Infatti si deve tenere presente che la dispozione è intesa a precisare che la tariffa deve essere osservata da tutti i medici generici, anche se forniti di titoli specifici, a meno che non trattisi di medici in possesso di diplomi di specializzazione — i quali sono esclusi dal campo di applicazione della tariffa — oppure di professionisti che abbiano raggiunto alta fama (art. 3 della tariffa).

Al fine pertanto di chiarire con maggiore evidenza il significato dell'inciso, si propone di spostarlo dal secondo al primo comma dello stesso art. 1.

2) L'art. 2 dispone che la tariffa non si applica alle prestazioni di quei medici, che abbiano raggiunta alta fama, quando questa è accertata dai Sindacati provinciali di categoria.

Ma la Confederazione dei professionisti e degli artisti, in vista delle notevoli difficoltà di seguire precisi criteri per la determinazione di questi professionisti di fama e della delicata situazione in cui verrebbero a trovarsi i Sindacati, nel compiere questa distinzione, è venuta nella determinazione di chiedere la soppressione dell'articolo in esame, in maniera da eliminare la distinzione fra medici comuni e medici di alta fama, estendendo, senza eccezioni, anche a questi ultimi la tariffa professionale.

3) Infine, in armonia con la proposta soppressione dell'art. 2, appare ovvia la necessità di modificare anche l'art. 3, nel senso di togliere dal testo le parole finali « ... e per i medici generici di cui al precedente articolo ».

Modifiche alla tariffa Nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche (pubblicata con decreto del Capo del Governo 7 agosto 1937-XV, n. 2061).

ARTICOLO UNICO.

Alla tariffa nazionale per le prestazioni medico-chirurgiche (pubblicata con decreto del Capo del Governo 7 agosto 1937-XV, n. 2061) sono apportate le seguenti modifiche:

a) l'art. 1 viene modificato nel modo seguente:

« La tariffa nazionale è unica e vale solo per i medici generici, anche se forniti di titoli specifici.

« Essa rappresenta il minimo onorario compatibile con il decorso professionale e nessun medico potrà far visita ad onorari inferiori a quelli del medico generico »;

b) l'art. 2 è soppresso;

c) dal testo dell'art. 3 sono soppresse le parole finali « ... e per i medici generici, di cui al precedente articolo ».

Per i medici di alta fama riprende piena efficacia quanto è disposto nel 2° comma dell'art. 6 nel quale viene esplicitamente dichiarato come le voci della tariffa stessa trovino applicazione in tutti quei casi in cui non sia intervenuta tra medico e cliente una particolare pattuizione che le fissi in una misura superiore.

MEDICINA SOCIALE

Miglioramenti ai lavoratori del credito dell'assistenza per malattia.

Il Comitato esecutivo e il Consiglio direttivo dell'I.N.F.A.L.A.C.A., riunitisi per esaminare il bilancio preventivo per l'anno 1940, hanno approvato alcune maggiorazioni nelle prestazioni corrisposte agli iscritti per gli atti chirurgici, per il caso di parto e per i ricoveri in ospedali o in case di cura.

Le maggiorazioni, rese possibili dal favorevole andamento della gestione e quindi senza aumento di contributi, decorrono dalla data del 29 ottobre 1939-XVIII e si riferiscono agli eventi verificatisi da questo giorno in avanti.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BARI. *Cassa Mutua Pugliese Infortuni Agricoli.* — Medico ordinario e medico aiuto; titoli. Scad. 2 dic., ore 12. Rivolgersi alla sede, via Bozzi 17.

MILANO. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico aiuto del dispensario prov. di Milano; 6 medici direttori di sezioni dispensariali; titoli ed esami; stip. L. 14.000 per ciascuno dei 7 posti; 21 ore settimanali. Età limite 40 a. Scad. ore 12 del 14 dic. Chiedere copie dei bandi. Rivolgersi alla segreteria (via Monforte 35).

NOVARA. *Amministraz. Prov.* — Ispettore dell'Ospedale psichiatr. prov.; titoli; scad. 15 dic., ore 17; stip. L. 8340, indenn. L. 1040, 6 quadrienni decimo, alloggio di 4 vani con luce e riscaldamento ovvero indenn. di L. 2000; età limite 30 a.; tassa L. 25; assunz. servizio entro 15 giorni.

SONDRIO. — È aperto un concorso per titoli al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Sondrio. Stipendio annue L. 13.010 suscettibile di 6 aumenti quadriennali. Indennità servizio attivo L. 3000. Indennità caro viveri come agli impiegati della Provincia. Alloggio riscaldato e illuminato gratuito per sè e famiglia. Scadenza del concorso ore dodici del 31 gennaio 1940-XVIII. Assunzione del servizio un mese dalla partecipazione di nomina. Per spiegazioni rivolgersi alla Segreteria dell'Amministrazione Provinciale di Sondrio.

Il Preside: prof. B. CREDARO.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il prof. Emilio Alfieri è nominato, *motu proprio* sovrano, grand'ufficiale nell'Ordine della Corona d'Italia, in riconoscimento dell'attività svolta, quale studioso e quale consulente sanitario, presso le RR. Terme di Salsomaggiore. Rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE

Il Congresso nazionale dei medici a Palermo.

Nella sala delle Lapidi al Palazzo del Comune di Palermo, è stato inaugurato nel quadro delle celebrazioni siciliane, il Congresso nazionale dei medici alla presenza di tutte le autorità e gerarchie. Hanno pronunciato discorsi il Podestà, il presidente dell'Unione professionisti ed artisti ed il presidente del Congresso sen. Bastianelli, segretario nazionale del Sindacato dei medici.

Ha fatto seguito il prof. Bocchetti, il quale ha rievocato, con calda parola, le figure umili dei medici che nella storia dell'eroismo patriottico hanno scritto un capitolo del martirologio più glorioso, avendo essi dato la scienza e la vita per il trionfo dei gloriosi ideali nazionali.

Indi il prof. Lorenzo Piazza, insegnante di storia della medicina, ed il prof. La Franca, direttore della Clinica di Palermo, hanno rispettivamente esaltato il primo la figura dei grandi medici siciliani e la medicina siciliana dall'antichità fino al '700 ed il secondo i grandi medici siciliani dell'800. La seduta si è aperta e chiusa con il saluto al Duce.

Il Direttorio del Sindacato nazionale medici, con a capo il Segretario nazionale, ha reso omaggio al Sacrario dei Caduti per la Rivoluzione alla Casa del Fascio.

Nella sala del Dopolavoro professionisti e artisti, è continuato poi, sotto la presidenza del sen. Bastianelli, il convegno celebrativo dei grandi medici italiani indetto dal Sindacato. Sono stati celebrati i professori Ingrassia, Dantona, Cirincione, Niccolò e Vincenzo Cervello, Di Cristina, Giordano, La Loggia, Todaro, Gordone, Foderà e Sciacca.

Scuola Medica Clinico-Ospitaliera a Roma.

È stato pubblicato il programma del Corso di aggiornamento in Medicina e Chirurgia — con lezioni ed esercitazioni in alcune cliniche speciali — che la Scuola Medica Clinico-Ospitaliera di Roma terrà per medici nel gennaio p. v. Esso avrà inizio il 10 gennaio e termine il 9 febbraio, e vi parteciperanno per i clinici i proff. Paolucci, Pende, Cavara, Gaifami, Vidau; per gli ospitalieri i proff. Ciuffini, Tirelli, Caravani, Drago, Mazzantini, Mancini, Meineri. Le iscrizioni si chiuderanno il 15 dicembre.

La Scuola Medica Clinico-Ospitaliera terrà inoltre nell'anno scolastico corrente alcuni brevi corsi speciali di aggiornamento e di integrazione, fra i quali i seguenti:

In febbraio un corso di Ostetricia-Ginecologia (proff. Gaifami e Bompiani), in febbraio-marzo un corso di Pediatria (proff. Drago e Mancini), in marzo un corso di Gastroenterologia (proff. Alessandrini e Attili), in aprile un corso di Dermosifilopatica (prof. Meineri) e un corso di Urologia (proff. Paolucci, Mingazzini e Raimoldi), in luglio un corso di Otorinolaringologia (prof. Ferreri). Inoltre, in epoca da destinarsi, un corso di Anatomia chirurgica (proff. Fioretti, Bani e Manna), un corso di Diagnosi e terapia delle artropatie (prof. Lucherini), un corso di Clinica Oculistica (proff. Cavara, Mazzantini e Strampelli), un corso di Neurochirurgia (proff. Paolucci e Chiasserini).

Nel mese di maggio, infine, se vi saranno richieste, si terrà un secondo corso di aggiornamento in medicina e chirurgia.

Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario dott. Lupi, Policlinico Umberto I.

Corsi di perfezionamento.

« Una escursione attraverso la recente medicina (rappresentata dai fondatori) » è il titolo di un corso internazionale di perfezionamento indetto dall'Accademia Berlinese per gli studi medici di perfezionamento, dal 27 novembre al 2 dicembre a. c. Vi collaboreranno illustri clinici della Germania insieme ad eminenti personalità mediche dell'estero.

Tassa d'iscrizione di RM. 20. Per facilitare il soggiorno si è provvisto a che i partecipanti, che lo desiderino, possano essere alloggiati in un ottimo albergo al prezzo globale di RM. 60 compreso un ottimo vitto per tutta la durata del corso. Informazioni più ampie e programma dettagliati all'Ufficio della Berliner Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin NW. 7, Rober Koch-Platz 7 (Kaiserin Friedrich-Haus).

Azioni giudiziarie.

Alla Corte suprema di Washington è giunto un processo intentato dalla Polizia contro un empirico, certo Karsunky, imputato di omicidio colposo per aver dissuato un diabetico — operaio di 33 anni — dal continuare la cura insulinica e averlo indotto ad una dieta libera; aveva anche prescritto dei medicamenti per bocca. L'accusato doveva rispondere, contemporaneamente, di esercizio abusivo nello Stato di Washington. Avanti il Tribunale egli aveva già sostenuto che la causa dovesse demandarsi ad una giuria, e il Tribunale aveva consentito; ciò avrebbe significato l'assoluzione; ma, su appello del P. M., la Corte suprema ha ora deliberato che la causa potrebbe essere demandata ad una giuria solo qualora l'accusato avesse accettato l'accusa, o dopo sua confessione.

L'ha dunque assegnata ad un Tribunale comune.

Un caso analogo era occorso in Inghilterra, lo scorso anno: una maestra diabetica si era fatta visitare da un osteopatico, che fece sospendere la cura insulinica e prescrisse succo d'arance; seguì la morte della paziente e la condanna dell'osteopatico a 6 mesi.

Un po' dovunque.

L'Unione Panamericana, in occasione del suo 50° anniversario, organizzerà l'8° Congresso scientifico americano in Washington, a partire dal 10 maggio 1940; una delle Sezioni riguarderà temi di medicina e sanità.

La Conferenza intergovernatoriale d'igiene rurale indetta tra le Nazioni dell'America dal Governo del Messico, è stata rimandata *sine die*.

Si è pure rimandato l'8° Congresso panamericano del bambino, che doveva tenersi a San José di Costa Rica dal 12 al 19 ottobre.

Il 3° congresso orientale di medicina e il 12° congresso medico egiziano, che dovevano tenersi a Gedda dal 16 al 21 gennaio, sono convocati invece al Cairo, dal 18 al 22 gennaio.

Il prof. Alfred Vogt, clinico olfalmologo di Zurigo, ha compiuto il suo 60° anno; in tale occa-

sione la « Schweizerische Mediz. Wochenschr. » gli ha dedicato, due numeri speciali (in data 28 ottobre e 4 novembre): magnifici fascicoli comprendenti una settantina di memorie originali.

Secondo un comunicato del primo sindaco di Madrid, durante la guerra le condizioni sanitarie della città vennero trascurate, il che ebbe per esito un forte aumento del tasso di mortalità. Ora i servizi sanitari vanno riorganizzandosi. Tra l'altro, si provvede alle vaccinazioni contro il vaiolo e il tifo, già compiute in numero di oltre 400 mila.

Il decanato della Facoltà medica di Vienna informa che la Facoltà è ora affollatissima di studenti; tuttavia si possono accogliere ancora stranieri, in qualità di uditori.

Il Patronato Nazionale dell'infanzia del Cile ha pubblicato un almanacco pediatrico.

La Confederazione dei Sindacati Medici francesi ha diffuso, nella stampa, un comunicato sui certificati medici di compiacenza, i quali facilitano gli esoneri militari non giustificati. Un'inchiesta riguardante le visite a domicilio dei mobilitabili e gli esami di quelli mandati in osservazione, ha accertato il 2 per 1000 di certificati di compiacenza: proporzione bassa, onde il « Journal des Praticiens » critica il comunicato predetto: come inopportuno, poichè ingenera nel pubblico il sospetto verso tutta la professione, mentre il male è molto limitato.

Nell'Istituto per le malattie tropicali di Amburgo, si è organizzato un corso sulle più importanti epidemie e malattie infettive in tempo di guerra, dal 6 al 18 novembre.

La nave « Wilhalm Gustloff » funziona da ospedale, nel porto di Danzica. La nave-ospedale è diretta dal dott. Sander.

Nell'Inghilterra il razionamento dei viveri ha richiesto l'allestimento di 80.000 milioni di tessere e di 19 milioni di formulari per famiglie.

Nella Svezia settentrionale la zona della miniera cuprica « Boliden » ha una notte di circa sei mesi: dalla metà di settembre alla metà di marzo. Da qualche tempo la luce è stata messa copiosamente a disposizione gratuita dei minatori. Risultato: il numero degli infortuni si è molto ridotto, in confronto ai sei anni precedenti; le condizioni di salute sono pure migliorate; il numero di assenze si è ridotto.

Il presidente dell'Accademia di Medicina di Parigi, prof. Hartmann, ha deciso che questa, durante la guerra, si aduni ogni 15 giorni.

In Francia il « Servizio di Assistenza Pubblica » ha considerato l'opportunità di garantire i medici ospedalieri interni ed esterni mobilitati, contro l'usurpazione eventuale dei loro titoli, da parte dei sostituti; perciò ha deciso che questi abbiano la denominazione di « allievi » e di « aggiunti ».

Alla Facoltà di medicina di Parigi sono stati riservati dei ricoveri antiaerei agli studenti.

In Francia si è stabilito che, per le iscrizioni nella Facoltà di medicina, i giovani di età inferiore a 21 anni devono essere autorizzati dai genitori.

A Vittel alcuni alberghi sono stati trasformati in infermerie, con 1500 letti.

Una famiglia argentina, rinnovando un gesto compiuto nel 1914, ha offerto al Governo francese un ospedale di 125 letti, che verrà organizzato e fatto funzionare in Saint-Germain-en-Laye.

È deceduto il prof. G. G. Santesson, che a lungo diresse il « Nordiskt Medicinskt Archiv », poi trasformato negli « Acta Medica Scandinava » a carattere internazionale. Il fascicolo del 17 ottobre di questo periodico reca un articolo del Santesson, ove si tracciano le vicende del periodico, in occasione della pubblicazione del 100° volume, avvenuta il 19 maggio scorso.

Nell'Istituto « Carlo Forlanini » diretto dal prof. Morelli è stata data una rappresentazione dalla compagnia di riviste Taranto-De Filippo.

Al Sanatorio « B. Ramazzini » di Roma, diretto dal prof. Bocchetti, ha avuto luogo un concerto dell'orchestra diretta dal Maestro Marlini.

Il dott. Edoardo Siegrist, di Milano, oculista, aveva guidato la propria automobile in un'autorimessa a via Podgora, facendola salire per la pista elicoidale fino al 5° piano; da quell'altezza egli è precipitato accidentalmente: trasportato all'ospedale, purtroppo vi decedeva subito, per la frattura della base del cranio.

Tra la Germania e il Giappone si è addivenuti ad una Convenzione per scambi culturali. Essa contempla, tra l'altro, lo scambio di medici e di metodi e applicazioni nel campo medico e d'informazioni sull'igiene pubblica e sulla politica sociale. Per attivare gli scambi, il dott. Haedenkamp, direttore della Divisione per l'estero della « Camera medica » germanica, si è recato in visita al Giappone. La Convenzione avrà la durata di tre anni.

Si ha da Parigi che è stato arrestato il medico Marion, accusato di essere il capo del servizio segreto degli incappucciati. Rifugiatosi all'estero, allo scoppio della guerra egli si è immediatamente presentato al suo distretto e gli fu affidata la direzione dell'ospedale di Bicêtre; quivi egli venne arrestato e rinchiuso nelle prigioni de La Sànté, donde verrà certamente liberato come gli altri membri del preteso complotto.

Il Sovrano ha visitato il 3 novembre a San Giuliano Terme gli stabilimenti termali dell'Istituto nazionale fascista della previdenza sociale diretti dal prof. Franceschi, nei quali sono in cura circa 300 lavoratori di ambo i sessi e d'ogni parte d'Italia.

Il maresciallo Badoglio ha visitato l'istituto neurologico di Milano, diretto dal prof. Besta.

L'industriale Antonio Annunziata di Ceccano ha offerto lire 50.000 al Duce, il quale, accogliendo

il desiderio del donatore, le ha destinate all'Ospedale civile di quella città, per lavori di ampliamento.

Il preside della provincia di Genova dott. Gardini ha visitato le nuove opere del grande Istituto psichiatrico di Cogoleto.

Si è inaugurata a Sidney (Australia) una scuola medico post-universitaria, nell'Ospedale Principe Enrico.

A Genova ha avuto luogo la consegna dei diplomi conferiti dalla Scuola per assistenti sanitarie ed infermiere volontarie della Croce Rossa, diretta dal prof. G. Sabatini.

Circa il caso del « City of Flint » si dichiara, da parte tedesca competente che, essendo un marinaio americano caduto ammalato, il comandante dell'equipaggio tedesco diresse la nave verso il porto norvegese di Haugesund onde richiedere le prestazioni di un sanitario. Ciò facendo, egli « intese andare incontro al desiderio manifestato da Roosevelt nella sua comunicazione al Governo del Reich ». Le autorità norvegesi hanno creduto di poter interpretare le disposizioni del diritto internazionale nel senso di essere autorizzate ad internare l'equipaggio tedesco e lasciare libero il « City of Flint ». L'Incaricato d'Affari tedesco ad Oslo ha protestato presso quel Governo.

Da una comunicazione del dott. T. L. Dunn all'« Istituto australiano di scienza politica », sulla sanità nazionale, si rileva che la popolazione australiana spende 11 milioni di sterline (cioè oltre un miliardo di lire it.) all'anno per specialità farmaceutiche; ciò corrisponde a circa 2 sterline l'anno per abitante.

Nella Patagonia argentina è in programma un piano di assistenza sanitaria aerea, date le caratteristiche geografiche e demografiche della vasta regione. Gli aeroplani sanitari dovranno essere dotati di caratteristiche speciali, come una grande autonomia di volo (almeno 10 ore), affinchè possano superare distanze che a volte eccedono 700 km. per raggiungere le 9 città con ospedali o con infermerie o con servizi di pronto soccorso; devono essere dotati di alta velocità (almeno 250 km. l'ora) e poter atterrare in campi ristretti.

Nello Stato di New York è stato reso obbligatorio l'esame medico dei candidati all'insegnamento, per escludere i casi di tubercolosi (che gli esami radiologici hanno dimostrato nel 2 % dei nuovi insegnanti).

In Australia una nuova legge garantisce le cure mediche agli indigenti, cui lascia libertà di scelta del medico. La maggioranza dei medici iscritti all'« Assocazione Medica Britannica » ha rifiutato di firmare i contratti elaborati dallo Stato. Il Governo ha fatto sapere che, se l'opposizione non cesserà, esso si troverebbe costretto ad organizzare la medicina sotto il controllo assoluto dello Stato.

In Olanda la Croce Rossa ha istituito, il 29 agosto, una Centrale per la trasfusione di sangue.

Il dott. Alexis Carrel è stato chiamato nel Ministero di sanità della Francia; riceverà una missione speciale. Egli conta ora 68 anni. Durante la precedente guerra fu a capo di un ospedale chirurgico; egli introdusse il metodo che reca il suo nome, per il trattamento antisettico delle ferite.

L'Agro pontino è stato visitato da un gruppo di medici e igienisti di varie nazionalità, tra cui altissime personalità del mondo sanitario sud-americano e numerosi medici bulgari.

La Camera dei medici del Canadà ha proposto di rendere obbligatorio l'intervento operativo, qualora le necessità di esso *quoad vitam* venga riconosciuta da chirurghi qualificati.

L'infermiere Carlo Raimoldi, del manicomio di Collegno (Torino), è stato assolto per insufficienza di prove dal Tribunale di Torino dall'imputazione di omicidio colposo. Con molta fatica egli aveva ridotto all'impotenza un pazzo furioso, lanciatosi contro i compagni; nella colluttazione il demente urtava violentemente contro le chiavi usate per stringere le fettucce di sicurezza alle caviglie ed ai polsi, e riportava la frattura della vescica.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Scalpel, 5 ag. — MASSION. Il trattamento attuale delle emorroidi e loro complicazioni.

Paris méd., 5 ag. — FACQUET e CLAISSE. Gli asmi mortali.

Ann. Inst. Pasteur, ag. — SANARELLI. L'allergia salivare emorragica.

Lancet, 5 ag. — RYLE. *Neurosi viscerali.* — FISHER e GILMOUR. Encefalo-mielite da sulfanilamide. — ABRAHAMS. Le prove per l'efficienza atletica.

Quarterly j. of med., luglio. — ANDERSON e LYALL. Il trattam. dell'ipo-paratiroidismo cronico. — WILLIAMS e LENNOX. Il flusso sanguigno cerebrale nell'ipertensione e arteriosclerosi.

Praxis, 3 ag. — Lo zolfo in biologia e terapia.

Ann. Ig., luglio. — SCALFI. Rapporti fra infezione latente e immunità. — ESPOSITO VITOLO. I nuovi conservativi chimici degli alimenti.

Presse méd., 5 ag. — SCHAEFFER. L'ematoporfirina negli stati depressivi.

Ann. méd., luglio. — CORTE e al. La sulfamidoterapia nelle affezioni reumatiche.

Med. Klin., 4 ag. — O. MÜLLER. L'ultramicroscopio in med. — NETTESHEIM e BECÜWE. Influenze climatiche e stagionali nelle malattie.

Kaz. Osp. Clin., 30 luglio. — RONCHETTI. Esame gastroscopico in un caso di avvelenamento per rossetto.

Rinasc. med., 31 luglio. — R. DONDI. Frattura isolata del grande trocantere.

Arch. scienze med., ag. — CROSETTI ed al. Cuore ed aorta nell'età senile.

Riv. pat. nerv. e ment., mag.-giu. — ROBERTI. Risultati ottenuti dalla cura insulinica e cardiazol. della schizofrenia.

Dermosifilografo, luglio. — DE GAUDENZI. L'assuefazione della cute a stimoli luminosi.

Presse méd., 9 ag. — RAVINA. I pectati metallici in terapia.

Wien Klin. Wochens., 11 ag. — FUHS H. La prova della guarigione delle malattie sessuali.

Giorn. di Batt. e Imm., ag. — F. NERI e A. MICELI. Intossicazioni e difese immunitarie. — S. LIDDO. Tifoide e paratifoidi in Terra di Bari.

Rif. Med., 29 lug. — P. RONDONI. Cancerogenesi.

Journ. A. M. A., 22 lug. — C. F. G. BROWN e R. E. DOLKART. Terapia dell'ulcera gastr. — W. L. CURTIS. Sulfanilamide nella tularemia.

Practitioner, ag. — Trattam. delle malattie veneree.

Min. Med., 28 lug. — L. RICCITELLI. Manifestazioni meningitiche tbc. e loro guaribilità. — R. CARUSI. Acido ascorbico nelle enterorragie.

Arch. di Pat. e Clin. Med., ag. — M. CALCINAI. Acido ascorbico nei tessuti. — I. CUGNINI. Polipeptidemia nelle malattie infettive.

Sett. Med., 29 giu. — T. MALLONE. Fibromioma della parete add.

Presse Méd., 2 ag. — A. LANGERON. Avitaminosi B_1 e insuffic. cardiaca.

J. nerv. ment. dis., ag. — HELFAND. Lesioni cerebrali da disturbi vasomotori consecutivi a trauma cerebr. — PESSIN. Modificazioni della press. sang. nello « shock » da insulina.

Rev. gastro-enterology, luglio-ag. — LEVIN ed al. Cura dell'ulcera peptica. — RAULS e CHAPMANN. Effetti dell' H Cl gastrico ed altri fattori sui *b. coli* nelle feci. — CHAIKIN. Moderni concetti sul cardiospasmo.

Münch. med. Wochens., 11 ag. — SCHWEMMLER. Influenza della vitamina A sulla crescita di capelli ed unghie. — LIBAU e SCHNELLER. Il digiuno nelle complicaz. della scarlatt. e difter.

Indice alfabetico per materie.

Angine e infezioni a probabile ingresso tonsillare: terapia bismutica . . *pag.* 1969
Bibliografia . . . . » 1982
Cancro della testa e del collo: legatura della carotide comune . . . . . . » 1990
Cronaca del movimento corporativo . » 1992
Difterite: trattamento . . . . » 1981
Episiotomie e trattam. precoce di quelle non adese . . . . » 1989
Fegato: grosso emangioma . . . . . . » 1991
Ferite mucose: riparazione e acceleramento della epitelializzazione . . . » 1989
Flebiti blu nel decorso di una polmonite . . . . » 1990
Luciti fotodinamiche sperimentali in soggetti a trattamento sulfamidico . . . . *pag.* 1963
Medicina sociale . . . . » 1992
Morbo celiaco: curva glicemica: causa » 1991
Neurochirurgia: congresso . . . . . » 1985
Ossa: fessurazione spontanea simmetrica . . . . » 1989
Parotide: tumori . . . . » 1990
Sarcoma: efficacia della tossina di Coley . . . . » 1990
Sifilide: ricerche recenti . . . . » 1979
Tubercolosi: forme atipiche: morfologia dei pazienti . . . . » 1979

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 20 Novembre 1939 - XVIII Num. 47

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Amalfitano: Sul significato e il valore diagnostico della prova del ramnosio di Castellani.

Note e contributi: F. Rocchi: Su di alcune ipovitaminosi secondarie.

Problemi di attualità: A. Filippini: Difesa e pronto soccorso nei colpiti da gas aggressivi.

Sunti e rassegne: PATOLOGIA GENERALE: B. Patry: Le reazioni dell'organismo alle cause esterne delle malattie. — N. Fiessinger: La traversata dell'acqua e il determinismo degli edemi.

Cenni bibliografici.

I Congressi nazionali di Medicina e Chirurgia: XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Lues ignorata con multiformi manifestazioni circolatorie. — Valutazione clinica dell'attività terapeutica di preparati digitalici. — Contributo alla roentgenterapia della disbasia angiosclerotica. — La cura dello stato asmatico con gli chochs insulinici ripetuti. — La cura dell'asma bronchiale coll'ormone gonadotropo di Zondek (prolan). — MEDICINA SCIENTIFICA: Controllo biologico dei preparati antianemici. — VARIA.

Nella vita professionale: Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

R. CLINICA DELLE MALATTIE TROPICALI E SUBTROPICALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

Direttore: Sen. prof. ALDO CASTELLANI Conte di Chisimaio.

Sul significato e il valore diagnostico della prova del ramnosio di Castellani.

Dott. GABRIELE AMALFITANO
assistente effettivo e docente.

Il ritrovamento, avvenuto ad opera del Castellani, del B. Ramnosiofermentans e della sua proprietà di fermentare con produzione di gas soltanto il ramnosio fra tutti gli zuccheri dette a Castellani stesso, che già aveva ideato il suo metodo micologico per la identificazione di molti di essi, un mezzo semplice e pratico, a differenza dei metodi chimici, per identificare anche il ramnosio.

In possesso di questo mezzo, il Castellani fu indotto, poi, a studiare il ricambio di questo zucchero nell'uomo e in altri animali. Egli dimostrò che il ramnosio, se somministrato per bocca, viene rapidamente assorbito dagli individui sani ed eliminato come tale con le urine in maniera che talvolta è possibile riscontrarvelo già dopo la prima ora dalla ingestione, e pensò di potersi servire di esso nella indagine della funzione assorbente dell'intestino. E specialmente di quel tratto, il digiuno, dove si sa che si compie a preferenza l'assorbimento degli zuccheri semplici, i monosaccaridi.

Nacque allora la prova del ramnosio, che, nelle mani stesse del Castellani, assunse valore diagnostico avendo egli riscontrato prova negativa (cioè mancanza di eliminazione con le urine) soltanto in ammalati di forme gravi di sprue.

Dopo aver rifatto per sommi capi la storia della prova dalle sue origini, sarà ora utile, prima di passare all'esposizione dei risultati da me ottenuti indagando il comportamento verso la prova di parecchie centinaia di ammalati delle più svariate malattie, spendere qualche parola sulla tecnica di esecuzione della prova stessa e sui vari elementi che la compongono.

Il ramnosio, dapprima considerato come iso-dulcite, appartiene al gruppo dei pentosi e, come questi, è dotato di potere riducente. Per svelare la presenza di ramnosio nelle urine valgono, quindi, le stesse prove del glucosio e cioè la prova del Fehling, del Benedict, ecc., con le quali si metterà in evidenza l'azione riducente, che, rispetto al glucosio, è un po' più lenta a prodursi, talchè conviene prolungare l'azione del calore per qualche minuto. A prova di Fehling positiva, però, potremo soltanto sospettare la presenza di ramnosio, da solo o accanto a glucosio o ad altri zuccheri. Per la identificazione si dovrà far ricorso o a metodi chimici, complicati e di difficile esecuzione, o al metodo micologico di Castellani, che in questo caso ricerca se lo zucchero presente nell'urina viene fermentato con produzione di gas dal B. ramnosiofermentans.

Nella tecnica di esecuzione della prova del ramnosio di Castellani non è, però, nemmeno necessario ricorrere a questo procedimento di identificazione del ramnosio e si comprende quanto, per questo, essa diventi più semplice e pratica. Infatti, per la dimostrazione che ce ne ha data lo stesso Castellani, sappiamo che il ramnosio non viene affatto metabolizzato dall'organismo animale e passa come tale nelle urine. Ed allora, se un'urina non Fehling-riducente diventa riducente dopo che all'individuo è stato somministrato del ramnosio, si può esser certi che in quell'urina è presente ramnosio. Soltanto nel caso che il campione di urina prelevato prima della ingestione del ramnosio è Fehling-riducente sarà necessario procedere, nei vari campioni, accanto alla ricerca della riduzione, alla ricerca della fermentazione col B. ramnosiofermentans per svelare la presenza di ramnosio accanto alle altre sostanze Fehling-riducenti.

Tecnica: La prova del ramnosio si esegue, pertanto, a questo modo. Al soggetto in esame, a digiuno, si somministrano per bocca gr. 4 di ramnosio sciolti in cc. 100 di acqua e si raccolgono le urine immediatamente prima della somministrazione del ramnosio e dopo, di ora in ora, per circa sei ore. Su questi singoli campioni di urina si procede alla prova del Fehling e si osserva se vi è comparsa di riduzione.

(La dose fissata di gr. 4 di ramnosio è quella che a Castellani è apparsa la dose minima sufficiente per la comparsa nelle urine di una netta ed evidente riduzione. Posso aggiungere che quella dose è apparsa a me, nel lungo esercizio della prova, sempre rispondente allo scopo, chè se talvolta avviene che la riduzione del Fehling non è completa, essa è pur tuttavia sempre tale da non consentire dubbi od errori. L'alto costo del ramnosio puro induce, quindi, a non modificare quella dose, pur avvertendo che aumentarla e portarla a 5-6 grammi significa non alterare i risultati della prova, ma avere una maggiore concentrazione di ramnosio nelle urine e quindi una più marcata riduzione).

Castellani indica come prova positiva quella in cui compare la riduzione e come prova negativa quella in cui c'è assenza di riduzione. La prova positiva, perciò, è quella che indica comportamento normale, la negativa indica comportamento anormale.

***

Ho ricercato il comportamento della prova del ramnosio di Castellani, al fine di contribuire alla maggiore conoscenza del suo valore e del suo significato, oltre che in individui sani, in quasi tutti gli ammalati ricoverati nella nostra Clinica durante circa due anni. Ho perciò eseguito la prova su un grandissimo numero di ammalati (molte centinaia) affetti dalle più svariate malattie. E così, sebbene in massima parte fossero ammalati dell'apparato digerente, ho praticato la prova in casi di malattie infettive, malattie dell'apparato respiratorio, cardiovascolare e renale, malattie del fegato e delle vie biliari, malattie del sangue (anemia perniciosa, anemie primarie e secondarie, un caso di anemia perniciosiforme con spiccata sintomatologia intestinale), malattie della pelle, un caso di sprue. E per quanto riguarda l'apparato digerente, ho preso in esame casi di ulcera gastrica e duodenale, gastroenteriti, dissenteria amebica e batterica, tubercolosi intestinale, colite mucosa, muco-membranosa e ulcerosa, neoplasmi dello stomaco e dell'intestino, elmintiasi e parassitosi varie.

In tutta la mia casistica, che per brevità non starò ad elencare, su tante centinaia di casi ho avuto sempre prova positiva ad eccezione di due casi, in cui la prova risultò nettamente negativa anche ripetuta varie volte. Queste due prove riguardavano il caso di sprue ed il caso di anemia perniciosiforme.

Nell'un caso e nell'altro, avendo seguito gli ammalati durante i lunghi periodi di degenza, ebbi occasione di ripetere molte volte la prova e potei constatare non solo che la prova era sicuramente negativa in tutti e due i casi, per la costanza del reperto ottenuto, ma anche che, mano a mano che le condizioni dei soggetti miglioravano in seguito alla istituzione degli adeguati trattamenti curativi, la prova subiva un graduale passaggio da negativa in positiva. E dico graduale in quanto che, nelle

prove che a brevi periodi di distanza andavo ripetendo, comparve nelle urine, dopo la somministrazione di ramnosio, prima un minimo accenno di riduzione e poi, per gradi, una riduzione sempre più marcata fino alla nettissima riduzione. E questo potei vedere particolarmente nel caso di sprue, in cui il miglioramento si produsse lentamente e la degenza fu lunghissima. Dirò di più, che, ritornato l'ammalato a farsi rivedere in Clinica dopo molti mesi (circa un anno) dalla data della dimissione, quando le sue condizioni erano perfette ed era stato superato anche il periodo della convalescenza, ripetei la prova, che dette riduzione nettissima nelle urine eliminate appena un'ora dopo la ingestione dello zucchero.

La prova del ramnosio del Castellani, dunque, oltre che valore diagnostico avrebbe anche notevole valore prognostico, potendo darci un buon indice dell'andamento della malattia e della cura. Perchè il trasformarsi della prova da negativa in positiva indicherebbe sicuro miglioramento dell'ammalato ed efficacia del trattamento istituito. Mentre il perdurare della negatività della prova, per legge inversa, sarebbe espressione di assenza di miglioramento.

Per quanto riguarda l'interpretazione della negatività della prova nei due casi suddetti, mentre per il caso di sprue posso richiamarmi agli identici risultati ottenuti dal Castellani e cioè alla relativa specificità della prova nello sprue, dove l'alterazione della mucosa intestinale si accompagnerebbe ad un assoluto difetto di assorbimento per lo zucchero, per l'altro caso credo opportuno soffermarmi a qualche considerazione.

Innanzi tutto trattavasi di ammalata che da circa 15 anni soffriva di disturbi intestinali non bene precisati e precisabili, ma essenzialmente caratterizzati da periodi diarroici con presenza di muco nelle feci. Dai sanitari che la ebbero in cura fu anche posta una diagnosi di amebiasi, poi abbandonata per lo scarso risultato delle cure specifiche. Le sofferenze intestinali presentavano un'accentuazione nei periodi estivi e si accompagnavano a decadimento generale di modico grado. Quattro mesi prima dell'ingresso in Clinica i soliti disturbi si erano notevolmente intensificati ed eran comparsi dolori specie alla regione ipocondriaca destra e difficoltata digestione, meteorismo, tenesmo, profonda astenia e progressivo dimagramento.

Se, dunque, in questa ammalata fu possibile, con gli esami di laboratorio, mettere in evidenza un quadro di anemia perniciosiforme, è da ritenere che questa fosse una conseguenza della malattia intestinale cronica (enterocolite cronica di natura imprecisata), che a lungo andare aveva subdolamente creato compromissione grave dello stato generale della paziente.

Qual'è, allora, il significato della negatività della prova del ramnosio di Castellani? Perde essa la sua relativa specificità per la diagnosi delle forme gravi di sprue?

No di certo. Nel suo comportamento è da vedere piuttosto che il nostro caso è molto vicino ad un caso di sprue, che cioè in esso son presenti quelle stesse condizioni intestinali che, come è opinione prevalente (Castellani), son da considerare la causa predisponente più importante dello sprue e alla quale, forse, nello sprue, è legato il quadro di anemia perniciosiforme che sovente si rinviene.

La prova del ramnosio di Castellani, dunque, oltre che nel classico sprue, potrebbe risultar talvolta negativa anche in qualche caso di affezione cronica intestinale da lungo decorrente, con compromissione dello stato generale e talvolta di altri organi e sistemi, quelle condizioni, cioè, che generalmente aprono la via al classico sprue.

CONCLUDENDO:

Ho eseguito su parecchie centinaia di casi delle più svariate malattie la prova del ramnosio di Castellani. Ad essa, che è facilissima e di pratica attuazione, deve rimaner confermato il valore diagnostico riconosciutogli da Castellani per la diagnosi delle forme gravi di sprue e deve esser dato anche quello prognostico, non meno importante.

La prova può risultar negativa anche in qualche raro caso di grave patimento intestinale da cronica enterocolite, come è occorso a me in un solo caso in cui coesisteva anemia perniciosiforme, ed allora indicherebbe condizione intestinale analoga a quella su cui generalmente si impianta un classico sprue.

RIASSUNTO.

L'A. ha eseguito la prova del ramnosio di Castellani, di cui descrive la tecnica, su parecchie centinaia di casi delle più svariate malattie. Egli conferma il valore diagnostico della prova per i casi gravi di sprue e vi attribuisce, inoltre, valore prognostico.

Ritiene, poi, che la prova possa segnalare anche casi di grave patimento intestinale da cronica enterocolite, associato o non ad altre manifestazioni morbose, e che sarebbero da interpretare come casi a condizione intestinale analoga a quella su cui generalmente si impianta un classico sprue.

*

BIBLIOGRAFIA.

A. CASTELLANI. *Sur un bacille déterminant la fermentation du rhamnose avec dégagement de gaz, à l'exclusion de tout autre hydrate de carbone, glucoside, alcohol, ou composé hydroaromatique, d'une série de 28 de ces substances examinées. Emploi de ce bacille pour découvrir et identifier le rhamnose.* Annales de l'Institut Pasteur, 297, 1931.

ID. *Mycological Methods in the Identification of Various Sugars, etc.* Journ. of State Med., n. 11, 1931.

ID. *The Ramnose Test.* The Journ. of Trop. Med. and Hyg., vol. 40, p. 185, 1937.

ID. *Sprue and Pernicious Anaemia.* The Journ. of Trop. Med. and Hyg., vol. 40, pag. 281, 1937.

A. CASTELLANI e F. E. TAYLOR. *The Mycological Detection and Determination of Certain Carboydrates and other Carbon Compounds in Pathologycal Work.* Brit. Med. Journ., 29, 1917.

ID. ID. *Observations sur une méthode mycologique pour la recherche et la identification de certains sucres et autres hydrates de carbone.* Ann. de l'Inst. Pasteur, pag. 789, 1922.

G. AMALFITANO. *Studio della biologia del B. Ramnosiofermentans.* Il Morgagni, n. 36, 1935.

NOTE E CONTRIBUTI

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA.
Direttore: Prof. GIUSEPPE CARONIA.

Su di alcune ipovitaminosi secondarie.

Prof. FILIPPO ROCCHI, aiuto e docente.

Le indicazioni di una terapia vitaminica sono andate grandemente aumentando di numero negli ultimi tempi in rapporto a svariate forme morbose alle quali è stato dato il significato di ipovitaminosi se non proprio di avitaminosi. Specialmente sono state illustrate forme fruste e nel campo della nutrizione sono state dimostrate le influenze svariate delle vitamine nelle funzioni metaboliche.

Questo allargarsi delle conoscenze e questa deviazione dell'attenzione verso la periferia, direi così dell'argomento delle malattie da carenza vitaminica, non deve fare decadere l'attenzione da quelli che sono i quadri classici, tipici di queste che ancora da molti vengono a torto considerate come rarissime o addirittura inesistenti nei nostri paesi. La più parte di queste è in relazione con disturbi del tubo gastro-intestinale.

Secondo Wilbur e Snell le alterazioni della funzione gastro-intestinale che possono produrre uno stato di carenza sono classificabili nella seguente maniera: 1) inadeguata assunzione di cibo (da anoressia, dieta incompleta, ecc.); 2) dispersione delle secrezioni essenziali oppure del cibo (vomito, diarrea, fistola esterna); 3) deficienza o diminuita produzione di sostanze essenziali (per es. di fattori emopoietici, di bile o di succhi digestivi); 4) inadeguato assorbimento intestinale (da ostruzione, corto circuito per fistola gastro-intestinale (1), atrofia o malattie della mucosa). Questa classificazione inquadra bene dal punto di vista sistematico la patogenesi di queste avitaminosi, sebbene spesso alla sindrome di un determinato caso possano concorrere insieme combinati più di uno dei diversi momenti etiologici suddetti. Basta pensare come in alcune coliti croniche la rapidità del transito intestinale e l'atrofia della mucosa come fattore di cattivo assorbimento sono contemporanei all'assunzione di una dieta incongrua carenzata e ad alterazioni della funzionalità epatica nel senso secretorio.

Ad illustrazione della predetta classificazione ed a migliore definizione delle cause di carenza, aggiungerei con Gross l'uso continuo di lassativi più o meno energici che agiscono su di un intestino la cui mucosa è atrofica, come in tanti stitici; i vomiti delle gravide che impoveriscono l'organismo delle vitamine dell'alimentazione proprio quando il fabbisogno è maggiore per la crescenza e le riserve fetali; le famigerate diete « in bianco » imposte a gastro-entero-epatopazienti dalla propria inesperienza e dalla superficialità di non poche prescrizioni sanitarie, diete stranamente identiche e incongrue, tutte uguali per malattie diverse; le diete lattee e le diete liquide degli ulcerosi, degli stenotici, dei gastritici, degli epatici, dei colitici; le diete di molti diabetici. Basta pensare come a volte un ulceroso dopo lunghe sofferenze e più lunga dieta carenzata, riesca a mantenersi in uno stato di un certo equilibrio, in uno stato di ipovitaminosi frusta mal riconoscibile grazie ad un minimo di vitamine assunte; ma dopo l'intervento chirurgico, specie se il decorso post-operatorio si prolunga per cause varie per es. per vomito, emorragie, circolo vizioso, ecc., essendo la dieta ancora più ridotta, si stabilisce in forma acuta la vera e propria sindrome avitaminosica, in genere con i caratteri della deficienza delle vitamine B e C: tale sindrome di insorgenza brusca, ha la sua preparazione nel prolungato impoverimento delle riserve vitaminiche, nello stato di precarenza preoperatorio da dieta incongrua che si trasforma in carenza totale dopo relativamente poco tempo di dieta assoluta post-operatoria.

---

(1) Classico è il caso di Primangeli, di una sindrome beriberica da fistola gastro-digiuno-colica guarita con l'operazione e la somministrazione di lievito.

Castellino, Schroeder ed altri hanno anche rilevato il facile deficit vitaminico che si verifica durante e dopo le malattie infettive, tanto per diete ristrette quanto per aumentato fabbisogno e consumo specie per es. durante la difterite ed il tifo. Sono anche da ricordare le sindromi dei prigionieri di guerra, dei dementi che rifiutano il cibo e di coloro che si sottopongono a diete dimagranti irrazionali.

Ma accanto a questi momenti eziologici a punto di partenza gastro-intestinale che incidono sulla assunzione delle vitamine, esiste tutta la grande serie di modificazioni fisio-patologiche ed anche anatomiche che la carenza vitaminica induce a sua volta sullo stesso tratto gastro-intestinale. La reciproca influenza tra turbe gastro-intestinali e stati di carenza è un fatto dimostrato, tanto che in certe determinate condizioni, non è chiaro quale di questi due ordini di fenomeni sia quello iniziale o se ambedue siano parti indipendenti dello stesso quadro.

Su questo punto la letteratura sperimentale e clinica è vastissima specie per ciò che riguarda la vitamina B_1. È dimostrata in questi casi la achilia e l'anoressia achilica spinta fino ad alti gradi (Webster e Armour, Cowgill e Gilmann); la deficienza di vitamina A facilita le infezioni del tratto gastro-intestinale. Nelle carenze del gruppo B c'è atrofia delle papille linguali, ipotonicità e ipomobilità delle pareti intestinali, specie del tenue; Plumer e Messer rilevarono disturbi gastro enterici da carenza di vitamine B. La presenza della vitamina B 2 sembra necessaria al mantenimento delle normali condizioni della mucosa (Wilder e Wilbur). La deficienza del fattore C porta a congestione, emorragia, lesioni ulcerative. Irvin, Stembock e Kemmerer nei topi in avitaminosi osservarono che l'assorbimento dei grassi era molto meno rapido del normale.

Tutte queste modificazioni si sommano a quelle primitive che hanno determinato l'avitaminosi secondaria, aumentando il malessere dei pazienti.

È occorso alla mia osservazione un caso a questo riguardo molto istruttivo:

Si trattava di un individuo di circa 40 anni senza precedenti degni di nota il quale a seguito di lunghi anni di sofferenze gastriche e di innumerevoli cure mediche e dietetiche subì una gastroenterostomia per ulcera iuxtapilorica. Dopo un periodo di modico benessere ricominciò a soffrire fieramente per i classici dolori, ebbe ripetute ematemesi e melene ed a distanza di circa un anno e mezzo dal primo intervento, previo accertamento radiologico che rilevò un'altra ulcera del neopiloro, dovette subirne un secondo rappresentato da un'ampia resezione con annullamento della primitiva enterostomia. Le sofferenze non erano finite: dopo un anno circa di relativo benessere, ricomparvero dolori più fieri di prima e ad intervalli nuove ematemesi e melene. Contemporaneamente, il paziente era costretto di assumere un atteggiamento di incurvatura in avanti, lentamente ma progressivamente crescente in quanto era comparsa una sensazione di stiramento doloroso in corrispondenza delle cicatrici operatorie che vietava ogni movimento di erezione e di piegamento del tronco all'indietro. È superfluo aggiungere che erano state riprese tutte le cure mediche note. Il nuovo fenomeno venne interpretato come una peritonite cronica circoscritta in corrispondenza delle cicatrici operatorie, contro gli effetti della quale, cure ipodermiche di tiosinamina restarono senza effetto.

In tali condizioni di sofferenze antiche e nuove, dovetti proporre un terzo intervento. Questa volta, dopo una lisi di aderenze peritoneali, venne constatata la presenza di un'altra ulcera all'inserzione del duodeno e si procedette ad una gastrectomia subtotale, lasciando solo una piccola parte del polo superiore.

Dopo un decorso postoperatorio assai cattivo il p. potè essere dimesso.

Dopo qualche mese di benessere relativo, si iniziò una nuova serie di ematemesi e melene ad intervalli più o meno brevi che ridussero il p. in condizioni generali veramente cattive.

A circa 6 mesi dall'ultimo intervento, persistendo le frequenti emorragie, il p. ricorse nuovamente alla mia osservazione essendo comparsi due fatti nuovi: dolori vivissimi spontanei a cintura od a corsetto del torace; tali dolori avevano accentuazioni notturne che toglievano il sonno; una settimana dopo l'insorgenza di questi, i dolori si estesero lungo gli arti e quindi il p. notò che quelli inferiori si andavano gonfiando e che la deambulazione diveniva pesante ed incerta.

Il gonfiore non si modificava affatto nemmeno con prolungato riposo a letto. Assenza di dispnea da sforzo.

Il p. si presentava in condizioni generali assai scadute, la facies era terrea; il pannicolo adiposo ridottissimo.

Nulla a carico del torace. Il cuore era leggermente ingrandito in toto; all'ascoltazione, lieve rumore sistolico alla punta che aumentava verso la base. Frequenza 100. Nulla a carico degli organi addominali.

Gli arti inferiori apparivano notevolmente tumefatti in toto per edema bianco, elastico, uniforme; la pressione lungo i tronchi nervosi degli arti era dolorosissima. Marcata ipocinesia degli arti inferiori. I riflessi tendinei e periostei erano aboliti, la sensibilità intatta.

Nulla a carico delle urine e del liquor, glicemia ed azotemia normali. Nulla a carico del sangue tranne i segni di un'anemia secondaria.

L'edema degli arti inferiori non diminuiva affatto con il riposo a letto nè si spostava verso altre regioni.

Quest'ultimo carattere e la mancanza di altri segni di insufficienza cardiaca faceva escludere la genesi circolatoria di tali edemi; l'assenza di sintomi urinari e la localizzazione dell'edema esclusiva agli arti inferiori escludeva la genesi renale. Fenomeni morbosi vascolari mancavano ed era possibile escludere le altre diverse genesi di edemi

localizzati. L'unica diagnosi possibile era quella che spiegava ad un tempo tanto gli edemi quanto i disturbi nevritici ed anche la frequenza delle emorragie: una ipovitaminosi e più precisamente una ipovitaminosi B_1.

Indagando allora sulle abitudini del p., emerse come egli da oltre un anno si fosse imposto delle limitazioni alimentari tali da costituire una base reale allo stabilirsi di una ipovitaminosi: poco latte rigorosamente bollito, minestre di semolino e di pastine, poco pane abbrustolito, verdure e frutta sempre cotte, a volte pasta asciutta o riso in bianco.

Sottoposi immediatamente il p. a dieta più congrua con somministrazione di spremute di pomodoro, lievito di birra e di pane, di frutta e verdura fresca, di burro e contemporaneamente prescrissi alcune forme del commercio orali e ipodermiche di vitamina B. e C. in dosi modeste.

Dopo 15 giorni gli edemi erano scomparsi completamente, la deambulazione era più facile, le condizioni generali e l'ematosi grandemente migliorate. Persistevano i dolori nevritici e l'assenza dei riflessi. Dopo un mese di cura anche i dolori si erano dileguati, ma i riflessi tendinei e periostei persistevano assenti. Dopo due mesi si riusciva a provocarli di nuovo se pure debolmente.

Debbo insistere anche sul dato di fatto molto importante che le ematemesi e le melene prima frequentissime non ebbero più a verificarsi per lo spazio di due anni dopo la cura e la istituzione della dieta adeguata.

Si trattava quindi senza dubbio alcuno di un vero e proprio beriberi a forma edematosa. Tale forma è ora ben nota non più come malattia esclusivamente esotica, ma nel suo determinismo restano tuttavia alcuni punti oscuri in quanto sembra come vicino alla mancanza della vitamina B_1 intervenga anche una deficienza d'introduzione di albumine per cui risulta alterato il rapporto albumina: globuline.

L'edema di guerra e da fame è stato da molti AA. identificato con la forma edematosa del beriberi, e coincideva per lo più con una alimentazione povera di albumina e ricca di sali e di liquido: in molti casi però, venne accertata l'esistenza di una glomerulonefrite. Nella forma edematosa le manifestazioni polinevritiche sono molto meno accentuate che nella forma secca.

Nel nostro caso esistevano però anche molto probabili note di ipovitaminosi C : pur non essendosi verificata l'esistenza di una vera diatesi emorragica è certo che dopo l'istituzione della dieta adeguata le ematemesi e le melene non si sono più verificate.

Ciò fa riscontro ad una osservazione clinica del prof. A. Milani il quale vide la cessazione assoluta delle emorragie di un vecchio ulceroso dopo l'istituzione di una dieta ricca di vitamine. Ed è in parte anche per questo che Meulengracht ha adottato per i pazienti ulcerosi in emorragia fin dal primo giorno di cura una dieta mista e sufficiente, anzichè i classici prolungati digiuni e le diete parsimoniose e carenzate: egli dà « something to eat and drink, fluid and food: that is to say, water, salts, vitamins, calories ».

I risultati sono splendidi.

In tema di emorragie, ricorderò incidentalmente le conoscenze attualmente ancora imperfette sulla vitamina K che si trova abbondantemente nella farina di pesce, nel fegato di maiale, nei semi di canapa, nell'erba alfa, in vegetali diversi. Questa vitamina sarebbe identificabile con una sostanza alla quale è stato dato il nome di vitamina della coagulazione, la cui carenza si manifesta nei casi di ittero da ostruzione ed in molte malattie di fegato nelle quali il tenore di protrombina nel sangue è notevolmente diminuito. Sta di fatto che nei p. con diatesi emorragica, la ostruzione delle vie biliari, la somministrazione di sali biliari e di vitamina K provoca un buon miglioramento. Secondo Snell le possibilità per il verificarsi di una tale avitaminosi sarebbero: *a)* il cattivo riassorbimento dei grassi solubili in quanto le bile non giunge all'intestino; *b)* lo stesso fatto quando la produzione di bile è insufficiente; *c)* perchè il fegato è incapace a produrre il fattore (vitamina K) indispensabile alla formazione della pro-trombina. Anche in questa categoria di ammalati non sarà inutile pensare alla somministrazione di una dieta mista ricca di vitamine varie e di questa in particolare.

Recentemente anche per la genesi della polineurite diabetica è stata discussa l'importanza del fattore avitaminosi.

La polineurite diabetica è una sindrome non troppo frequente: è caratterizzata da manifestazioni dolorose accompagnate da debolezza motoria specialmente a carico degli arti inferiori, più accentuate nel territorio dello sciatico; i riflessi rotulei e achillei sono per lo più assenti; spesso si associa una paralisi del vago ed in qualche caso anche del frenico. Spesso paralisi dello sfintere irideo, dei muscoli oculari, della vescica. Tale sindrome morbosa è messa generalmente in rapporto con le alterazioni del ricambio idrocarbonato e sopratutto con l'aumento dello zucchero sanguigno ed in tale senso parlerebbero le ricerche di Abderhalden, che è riuscito a provocare nei piccioni fenomeni isolati di avitaminosi B_1 anche quando la dieta è del tutto normale rispetto al tenore vitaminico, ma contiene grandi quantità di carboidrati.

Quando però si consideri quanto spesso os-

serviamo diabetici con forti elevazioni della glicemia senza la minima manifestazione nervosa, tale interpretazione appare insufficiente. Si è infatti pensato alla possibile esistenza di un altro fattore oltre l'iperglicemia, che potrebbe essere una carenza di vitamina B_1 per la grande somiglianza con la sindrome nevritica beriberica e per il criterio ex adjuvantibus in questo senso. Certo è che da molto tempo è nota una relazione tra l'azione della vitamina B_1 ed il ricambio idrocarbonato (Funk, Abderhalden, Wertheimer, Wohe, Vorhaus, Williams e Watermann, Schroeder) ma senza addentrarsi nelle lunghe serie di esperienze su questo argomento, credo molto interessante riferire su di un caso che devo allo cortesia del prof. P. Alessandrini e che si presta a mettere in luce elementi che possono servire alla comprensione del meccanismo patogenetico della polinevrite diabetica:

Uomo di 47 anni, coniugato con un figlio, nulla di notevole nei precedenti creditari o familiari. Nessun precedente morboso apprezzabile, salvo una polmonite a 15 anni, guarita senza postumi. Non abusi dietetici o di alcool, non lues o malattie veneree, modico fumatore.

Entrò in Ospedale perchè accusava da circa un paio di mesi debolezza ed era dimagrato in poco tempo di circa 10 chili; aveva notato inoltre poliuria, insonnia e diminuzione del visus: l'appetito era esagerato, l'alvo regolare. L'esame delle urine praticato qualche giorno prima, aveva dimostrato una notevole quantità di glucosio.

All'E. O. al momento dell'ingresso, si riscontrò sensorio vigile, stato di nutrizione alquanto scaduto; sistema linfo-ghiandolare normale; lingua umida, impaniata, dentizione in cattivo stato, tonsille e retrobocca normale.

Torace scarno: apici ad uguale altezza, basi a 4 dita dalla scapola, bene mobili, nulla di notevole alla percussione e all'ascoltazione.

Cuore nei limiti: toni puri su tutti i focolai, azione ritmica, polso 70, uguale, di media ampiezza, pressione normale.

Il fegato si palpava all'arcata costale nelle profonde inspirazioni; limiti superiori normali. Milza nei limiti.

L'esame del sistema nervoso non dimostrò alterazioni del tono muscolare, della motilità attiva e passiva, della sensibilità e dei riflessi. L'esame oftalmoscopico fu negativo; la diminuzione del visus accusata dal p. si constatò essere in rapporto con un vizio di refrazione.

Reazione di Wassermann, Meinicke, Kahn negative.

L'esame delle urine dimostrò presenza costante di glucosio oscillante nelle varie ore della giornata dal 10 al 16 %. Acetone presente, acido diacetico assente. Assenza di albumina, di urobilina: nulla di notevole del sedimento.

Glicemia a digiuno: 2,14 per mille.

Secrezione cloridrica assente a digiuno, curva di secrezione al brodo, normale.

In base al peso di (45 Kg.) e all'altezza (m. 1,59) fu somministrata una dieta mista di circa 1300 Cal. e nel rapporto tra carboidrati e grassi, non attenendoci strettamente al minimum di somministrazione dei carboidrati, ma in base ai criteri oggi dominanti, la somministrazione dei carboidrati fu molto più ricca, sicchè il rapporto invece di 6 : 10 fu di 1,50 : 1. Si somministrò insulina iniziando con 40 unità giornaliere e aumentando progressivamente fino alla scomparsa della glicosuria: questa si ottenne colla dose di 80 unità pro die.

La glicemia si abbassò progressivamente e dopo 10 giorni era scesa da 2,14 a 1,85 per mille.

Mantenendo la stessa dieta, si potè successivamente ridurre la dose d'insulina a 60 unità giornaliere. Il peso del p. andò progressivamente aumentando e dopo tre settimane era salito da 45 a 47 Kg.

In tale stato di benessere il p. si mantenne circa un mese: la glicosuria fu costantemente assente e la glicemia oscillò nei limiti di 1,60 e 1,70 per mille.

Dopo questo periodo, il p. cominciò ad accusare dolori a carattere lancinante al tallone di sinistra e successivamente a tutto l'arto inferiore di sinistra e che poi si diffusero all'arto inferiore di destra. I tronchi nervosi erano tutti dolenti alla palpazione; anche le masse muscolari erano dolenti e ipotoniche. I disturbi andarono poi successivamente aggravandosi ed i dolori erano talmente intensi e così ribelli alla terapia sintomatica, da rendergli le notti insonni. I riflessi rotulei ed achillei scomparvero. Contemporaneamente insorse una disappetenza invincibile, uno stato nauseoso costante ma senza vomito, il che permise di sostituire l'alimentazione abituale con latte e uova. La stipsi si fece ostinatissima. La frequenza del polso andò grandualmente aumentando fino a 120-130: la debolezza muscolare divenne di grado estremo, tanto che il p. non fu più in grado di alzarsi dal letto; comparvero anche dolori intercostali e alla spalla sinistra episodicamente un herpes zoster. Non si ebbe cefalea o segni di aumentata pressione endocranica. La glicemia oscillò nella fase acuta dall'1,60 a 1.70 per mille.

La radiografia della colonna vertebrale e del cranio non dimostrarono lesioni; calcemia e uricemia risultarono normali. L'ombra cardiaca all'ortodiagrafia si dimostrò anche normale.

La puntura lombare praticata il 16 novembre dette i seguenti risultati: Liquido limpido incolore, senza aumento di pressione, senza reticolo. Reazione di Nonne e Pandy positive: Takata, flocculazione immediata; albumina 1,10 per mille: esame citologico scarso. La reazione del benzoino dette una flocculazione parziale nella zona luetica, e completa nella meningea; la reazione del mastice dette una flocculazione nelle quattro provette.

Tali reazioni non presentavano caratteri netti nè di processo neoplastico, nè meningeo o radicolare.

La reazione elettrica dei nervi periferici degli arti inferiori dimostrò una diminuzione della eccitabiltà galvanico-faradica senza inversione della formula.

Tale sindrome morbosa non era a priori di facile interpretazione; una glicemia notevolmente inferiore a quella presentata all'ingresso all'Ospedale, la assenza di glicosuria e di acetonuria non facevano propendere per l'ipo-

tesi che essa fosse da mettersi in rapporto col disturbo del ricambio dei carboidrati. L'associazione dei disturbi nervosi coi gastro-intestinali caratterizzati dalla disappetenza ostinata e dalla stitichezza invincibile che contrastavano col perfetto funzionamento dell'apparato digerente prima dell'ingresso in ospedale, l'intensa tachicardia probabilmente riferibile ad una paresi del vago, orientavano la diagnosi verso il quadro tipico dell'avitaminosi B_1, del beriberi.

Restava però difficile a comprendere perchè in un diabetico bene alimentato a dieta mista e in una fase di aumento di peso dovesse insorgere una avitaminosi. Facendo però indagini sul tipo di alimentazione del paziente prima dell'ingresso in Ospedale, questa risultò essere costituita prevalentemente di pane e di fagiuoli, tipo di alimentazione ricchissima di vitamina B_1. La soppressione dei legumi e la limitazione notevole del pane (ridotta a circa 1/8 della sua reazione abituale), rappresentavano un argomento in favore della genesi avitaminosica del disturbo, tanto più che dalle ricerche di vari AA. e tra gli altri di Centanni e di Abderhalden risulta che il fabbisogno quotidiano di vitamine è variabile da individuo a individuo e nei varii momenti per varie ragioni, tra cui la possibilità della formazione sintetica di vitamina. Tale fabbisogno di vitamine esogene è particolarmente elevato in quegli individui che abitualmente introducono la vitamina corrispondente in forte quantità coll'alimentazione come se in essi fosse perduto il potere della loro fabbricazione sintetica.

Partendo da tali considerazioni fu nel nostro paziente iniziata una intensa somministrazione di vitamina B_1; tre cucchiaini di lievito di birra pro die a cui poi in seguito si aggiunse un preparato di vitamina B_1 per via ipodermica; nella alimentazione si aumentò il numero delle uova e si somministrò anche fegato che costituisce secondo molti AA. il deposito fondamentale delle vitamine nell'organismo. Il miglioramento fu sensibile fin dai primi giorni; i dolori scomparvero rapidamente; diminuì la debolezza muscolare, il peso tornò ad aumentare e dopo un mese dall'inizio della cura il paziente fu di nuovo in grado di camminare. La frequenza del polso che prima dell'inizio della cura era su 130 e poteva fare prevedere prossimo uno stato di insufficienza cardiaca, andò rapidamente diminuendo per stabilizzarsi intorno ai 100; persisteva ancora una notevole atrofia muscolare. Le condizioni dell'apparato digerente migliorarono rapidamente, l'appetito ritornò e le scariche si fecero spontanee e quotidiane.

La puntura lombare a un mese di distanza dimostrò una notevole diminuzione dell'albumina da 1,10 per mille a 0,50, la reazione del benzoino dette solo una flocculazione parziale della zona luetica. Durante la cura vitaminica la glicemia si abbassò ulteriormente ed oscillò tra 1,30 a 1,50 per mille; fu potuta ridurre ulteriormente la dose d'insulina che attualmente è di 10 unità giornaliere. Un fenomeno caratteristico di questo periodo è stata l'estrema sensibilità all'insulina quando si superava di poco il minimo indispensabile a far scomparire la glicosuria, comparivano con facilità crisi ipoglicemiche caratterizzate da pallore, palpitazioni, vertigini, sudorazione, sulla cui natura non poteva esserci dubbio giacchè il disturbo cessava con l'ingestione di una soluzione zuccherata. Un esame della glicemia in periodi di crisi dimostrò solo un modico abbassamento della glicemia che da 1,40 si ridusse a 1,05. Questa ipersensibilità all'insulina con forti introduzioni di vitamina B_1 è in accordo con i dati sperimentali di questi ultimi anni.

È da ritenere per contro, che allo scoppio della sindrome deve inoltre aver contribuito un altro fattore messo in evidenza in questi ultimi anni sopratutto per opera del Viale, di A. Baglioni e Consoli, che l'introduzione d'insulina aggrava la sindrome del beriberi sperimentale abbassando il coefficiente beriberico; e nel nostro paziente, dato il regime relativamente ricco di carboidrati a cui fu sottoposto, non si potè lesinare nella sua somministrazione.

Il problema dei rapporti tra vitamina B_1 e insulina è dei più complessi e dei più interessanti.

Nel beriberi sperimentale esiste iperglicemia (Cooper, Schonborn, Collazo). Ionata ha inoltre dimostrato che una iperglicemia provocata è molto minore quando si somministra insieme alla soluzione zuccherina vitamina B_1. Su tali dati sperimentali è giustificata la cura della vitamina B_1 nel diabete che (specialmente se prolungata) può dare buoni risultati come risulta da esperienze dei vari AA. e dai risultati ottenuti nel nostro paziente.

Questo fatto sembrerebbe contrastare col principio più sopra affermato che l'insulina è in certo qual modo antagonista della vitamina B_1, giacchè aggrava il beriberi.

Ciò però potrebbe giustificarsi coll'ipotesi di A. Baglioni che perchè l'insulina possa esplicare la sua azione, ha bisogno di essere attivata dalla vitamina B_1, di cui esaurisce le riserve.

Risulta da queste considerazioni che nei diabetici è indispensabile somministrare specialmente se in cura insulinica notevole quantità di vitamina B_1. L'iperglicemia sarebbe la causa della sua usura. A questo proposito, va notato che dalle esperienze di vari AA. risulta come negli animali in avitaminosi B_1 la sindrome polinevritica compaia più precoce e più intensa somministrando forti dosi di carboidrati

(Cooper, Funk, Randoin e Simonnet). È anche dimostrato che negli animali non solo l'apporto di carboidrati influisce di per sè sul fabbisogno di vitamina B_1, ma una grande importanza va data anche alla quantità di carboidrati di cui l'organismo può disporre al-l'infuori di quelli alimentari, ossia di quelli che possono derivare dalle molecole proteiche per trasformazione degli aminoacidi (Abderhalden).

A questo punto può venir fatto di domandarci se le manifestazioni dolorose circoscritte a cui i diabetici vanno soggetti possano considerersi come forme fruste di carenza alimentare.

Riteniamo che la soluzione del problema sia prematura e sia sopratutto necessario porsi tale problema individualizzando caso per caso.

Sta di fatto che l'uso della vitamina B_1, in molte forme nevritiche di svariata natura, non diabetica, come per es. in quelle alcooliche, ha talvolta lusinghieri successi.

Questi due casi, ma specialmente il primo, dimostrano ancora una volta come sindromi beriberiche possano verificarsi in pieno nei nostri climi specie per alimentazione incongrua o per alimentazione apparentemente tale ma realmente insufficiente nella componente vitaminica.

È da ritenere che tali forme siano effettivamente molto più frequenti di quello che non si creda e se talvolta non giungono alla pienezza dei sintomi clinici dei nostri casi, non pertanto in molti di essi si arriva in uno stato di precarenza la cui esistenza potrà esser riconosciuta con lo studio dei piccoli segni delle ipovitaminosi.

Particolari fonti di tali stati sono sopratutto quelle diete a cui troppo volentieri si sottopongono o vengono sottoposti i gastro ed entero pazienti e che debbono venire rigorosamente individualizzate e coraggiosamente arricchite (Meulengracht) degli indispensabili complementi vitaminici sia sotto forma alimentare che sotto forma medicinale.

RIASSUNTO.

L'A., dopo una breve rivista sulle cause generiche delle avitaminosi secondarie, pone in rilievo l'importanza che hanno nella loro genesi quelle diete, che ritenute giovevoli ed adeguate in alcune forme morbose, sono in realtà delle diete carenzate che conducono a stati di ipovitaminosi più o meno frusta ed a veri e propri quadri di ipo e avitaminosi specie della varietà B_1 e C.

Riferisce due casi di un beriberi classico insorto in un gastropaziente sottopostosi a dieta assai ristretta, l'altro di una sindrome polinevritica beriberica comparsa in un diabetico curato.

Discute le caratteristiche di essi e raccomanda la prescrizione di diete strettamente individualizzate, ma ricche ed adeguate.

BIBLIOGRAFIA.

ABDERHALDEN. *Il fabbisogno di ormoni e vitamine in particolari condizioni dell'organismo.* In Attualità di Terapia Med. I.S.M., 1937.

CASTELLINO. *Fisiopatologia della digestione e vitamine.* I.B.I., Milano.

FRONTALI. *Le avitaminosi* dal Ceconi. Trattato di Pat. Med.

LORENZINI. *Lezioni sull'Avitaminosi.* Bocca, Torino, 1933.

MEULENGRACHT. *The medical Treatement of peptic ulcer and its complications.* Brit. Med. Jour., 12, VIII, 1939.

PRIMANGELI. *Polinevrite da B Avitaminosi con fistola gastro-digiuno-colica.* Policlinico, Sezione Pratica, XLI, n. 52, 1934, pag. 1250.

SEYDERHELM. *Le ipovitaminosi.* Cofa, Milano, 1939.

WILDER e WILBUR. *Diseases of Metabolism and Nutrition.* Arch. of Int. Medicine, 1937, n. 3, pag. 512.

PROBLEMI D'ATTUALITÀ

Difesa e pronto soccorso nei colpiti da gas aggressivi.

La minaccia di guerra che incombe su tutta l'Europa è resa ancor più penosa dal livido spettro dell'insidiosa arma chimica, che esplica in un pauroso silenzio la sua azione deleteria. Nel mese di guerra finora combattuto, forse i gas non sono stati usati; accuse e smentite si sono avvicendate, ma, comunque, essi sono stati apprestati dovunque in larghe provviste e sono pronti ad essere lanciati in nubi mortifere od in bombe piovute dal cielo. Non ostante tutte le serafiche promesse di non avvalersene per la popolazione civile, può bastare il sospetto che la nazione nemica li abbia usati, perchè entri in campo il diritto di ritorsione.

Fortunatamente, non ci troviamo ora nello stato di sorpresa che invase il mondo quando, nel 1915 (1) si sferrarono contro il fronte franco-inglese i primi attacchi con i gas e, più tardi, contro il nostro (2). Dai mezzi primitivi di difesa usati sul principio, si è passati per vari tentativi a sistemi che danno una buona garanzia di riuscita.

(1) Precisamente il 22 aprile, ad Ypres venne lanciata una nube di cloro (100 tonnellate), per cui si ebbero 15.000 soldati colpiti e 5000 morti.

(2) Il 29 giugno 1916, sul S. Michele, con una perdita di 7000 uomini delle Brigate Regina e Pisa.

Ma anche nel campo dell'offesa, la barbarie umana ha affinato i suoi metodi ed ai primi gas soffocanti, altri ne ha aggiunto, con una raffinatezza di tormenti da fare invidia ad un Torquemada. Intere città hanno già incominciato a vivere sotto l'incubo delle incursioni aeree e la difesa delle popolazioni civili culmina in quella contro i gas, per la quale anche da noi si è fatta un'attiva propaganda. Pure augurandoci che il pericolo rimanga lontano, è bene conoscerlo ed è opportuno che i medici ne siano bene edotti, perchè la loro opera possa essere più efficace in caso di bisogno.

È evidente che una trattazione completa sia un argomento così vasto da fornire materia per un ampio volume. Mi limito qui, pertanto, a riassumere le nozioni più significative, che possono essere particolarmente utili ai medici civili, rimandando ad alcune pubblicazioni d'indole generale (tralascio quelle che si occupano di questioni particolari) chi volesse approfondire le sue nozioni in argomento.

* * *

Non ostante la denominazione generica di gas, gli aggressivi chimici possono essere oltre che gassosi (cloro, fosgene) liquidi (yprite, lewisite, cloropicrina) od anche solidi (difenilcloroarsina); lo stesso fosgene è liquido alla temperatura di + 8°. Però, al momento dell'uso, si trovano tutti allo stato di gas, vapori o fumi.

Dal punto di vista biologico, possono raggrupparsi come segue:

1) *soffocanti ed asfissianti*: cloro, fosgene, cloropicrina, chetoni bromati, difosgene e miscele;

2) *vescicatorî*; yprite, lewisite;

3) *irritanti*, specialmente per le mucose: *a*) lacrimogeni (bromuro di xilile, cianuro di bromobenzile); *b*) startunatorî (arsine organiche);

4) *tossici ad azione generale*, senza azione irritante sulla cute e mucose; ad essi appartengono l'ossido di carbonio, l'acido cianidrico, l'idrogeno arsenicale.

L'azione di alcuni di tali composti è duplice; così la cloropicrina è anche lacrimogena; per l'yprite e la lewisite, l'azione più appariscente è quella vescicatoria, ma quella più grave si esplica sull'apparato respiratorio, mentre la lewisite ha anche un'azione tossica generale.

Varie condizioni influenzano l'uso e l'azione di questi aggressivi. Anzitutto, la loro *densità* rispetto all'aria; si utilizzano specialmente i gas più pesanti (il fosgene pesa 3,5 volte più che l'aria) che tendono a stare in basso, mentre l'ossido di carbonio e l'acido cianidrico, nonostante la loro elevata azione tossica non sono stati finora utilizzati, perchè si disperderebbero troppo facilmente nell'atmosfera.

La *volatilità* condiziona la maggiore o minore persistenza dell'aggressivo. Possiamo così distinguere quelli fugaci (cloro, fosgene), semipersistenti (lewisite, cloropicrina) ed i persistenti (yprite). Fra i molto persistenti, è da menzionarsi anche il cianuro di bromobenzile (lacrimogeno), che rimane attivo nel terreno oltre 30 giorni.

Anche le *condizioni meteorologiche* possono influire sulla persistenza; così, p. es., in presenza di umidità, pioggia o neve, il fosgene viene rapidamente decomposto in acido cloridrico ed anidride carbonica.

LA DIFESA CONTRO I GAS.

I gas aggressivi costituiscono essenzialmente un'arma bellica fra gli eserciti combattenti; sul fronte, riesce relativamente agevole, in determinate condizioni, fare arrivare, in uno spazio relativamente limitato, una nube di gas (vi sono adatti dispositivi allo scopo) o concentrarvi dei proiettili d'artiglieria, che li contengano.

Ben diverse sono le condizioni per chi volesse colpire la popolazione civile di una città anche di media grandezza. Quivi, i gas non possono arrivare che con bombe lanciate da aeroplani. Ora — come osserva giustamente A. Lustig — le nubi isolate di gas prodotte dalla esplosione di bombe sono di dimensioni modeste, per cui si possono facilmente spostare e disperdersi ed è assai problematico che si possa — con molti apparecchi che lancino numerose bombe — formare una nube di tale vastità che non sia possibile sfuggirvi. A tale modo di vedere, rigidamente logico, si può sottoscrivere pienamente e questo serve ad attenuare eventuali eccessive paure. Il che non toglie che anche la popolazione civile debba tener presente la possibilità di un gettito di gas, che può essere fatto anche per aumentare lo sgomento, e si debbano quindi apprestare le difese ed i soccorsi.

A) *Difese collettive*, che sono costituite dai ricoveri. Esiste la possibilità di allestirne a perfetta tenuta d'aria, in cui l'atmosfera può essere rigenerata (assorbimento di anidride carbonica e di vapor acqueo, immissione di ossigeno), oppure ad immissione di aria dall'esterno, mediante un apposito motore, che può essere manovrato a mano. Trattasi però di ricoveri d'eccezione, che potranno essere destinati a posti centrali di comando. Nella maggior parte dei casi, ci si dovrà accontentare di rifugi adattati alla meglio, per i quali vanno evitate le cantine od altri locali sotterranei, dove i gas, sempre più pesanti dell'aria, tendono ad infiltrarsi.

B) *Difese individuali* che sono — come è noto — le maschere. Dal tipo primitivo

della maschera italiana usata sul principio e che serviva soltanto per il cloro ed il fosgene, si è passati a quello attuale a filtro, che trattiene tutti i gas aggressivi salvo l'ossido di carbonio. Consta essenzialmente del « facciale » con occhiali, sorta di cappuccio in gomma che, quando aderisce bene, protegge tutto il viso (e quindi anche gli occhi dai gas lacrimogeni); ad esso si innesta il filtro, cioè un recipiente in cui si trova del carbone attivato — il quale per azione chimico-fisica di adsorbimento — fissa ed adsorbe tutti i gas, nonchè della cellulosa (cotone), che trattiene per azione meccanica le arsine. Il filtro purchè tenuto ben chiuso e tappato, si conserva attivo indefinitamente; la durata, sotto l'azione dei gas, varia secondo la grandezza della scatola ed è di varie ore.

Ai primi respiri, si prova una certa difficoltà, che va poi scemando con l'abitudine; da ciò la necessità di qualche esercizio di allenamento per abituarsi a portarla (1). Dopo l'uso, va lavata internamente con acqua tiepida e sapone; per un'eventuale disinfezione, necessaria quando la si usa per diverse persone, si consiglia l'immersione in alcool, o l'uso di formalina al 5 % con successiva buona risciacquatura. In mancanza di maschera, si ricorra a difese momentanee ed improvvisate, mediante fazzoletti o panni bagnati o contenenti paglia o fieno bagnato.

Contro i gas vescicatorî, sarebbero da adottarsi speciali vestiari protettivi, in tessuto gommato, in mancanza di questi, si provveda con dei panni avvolti attorno alle estremità ed eventualmente con gli stivali di gomma usati per il tempo piovoso.

Per le squadre di soccorso, sono da utilizzarsi, invece delle maschere comuni, gli « autoprotettori », derivati dalla maschera tipo Draeger, che permettono di rimanere indisturbati in aria completamente irrespirabile per presenza di qualsiasi gas o deficienza di ossigeno. In essi, l'ossigeno è fornito da una piccola « bombola », mentre l'anidride carbonica e l'acqua della respirazione sono assorbiti da calce sodata. L'individuo che li porta respira sempre lo stesso azoto che ha introdotto con le prime espirazioni e che si raccoglie in un sacco, dove si mescola con l'ossigeno proveniente dalla bombola.

TRATTAMENTO DEI COLPITI DA GAS.

Indicazione generale è quella di trasportare al più presto il colpito in aria pura (evitandogli ogni sforzo, specialmente se si tratta di gas soffocanti e vescicatorî) e di toglierli tutti gli indumenti, che possono ancora trattenere aderente del gas (importante specialmente per i vescicatorî). Il trattamento varia, poi, secondo il tipo del gas.

Asfissianti e soffocanti (Cloro, fosgene, difosgene, cloropicrina). Azione essenzialmente sulle vie respiratorie. Il *cloro* dà effetti rapidi (tosse, dispnea, soffocamento, edema polmonare); il *fosgene* e *difosgene* effetti tardivi analoghi, con cianosi, espettorato color prugna, sangue piceo, inspessito (difficoltà per il salasso), profonda depressione del sistema nervoso, astenia che dura a lungo. La *cloropicrina* agisce analogamente ma non tardivamente; vi si associa irritazione degli occhi.

Trattamento. Riposo assoluto, latte, perle di etere (ogni 10'), sorveglianza in caso di edema polmonare: allora, salasso (400-500 cmc.) eventualmente da ripetersi, ossigeno (mai sotto pressione!) e non mai miscela con acido carbonico. Cardiotonici (canfora, caffeina, ma non digitale!), contro l'astenia, stricnina. *Evitare*: respirazione artificiale e le iniezioni di morfina o di sieri e di adrenalina, che invece può essere utile per gli ypritati.

Vescicatorii (Yprite, lewisite). Sono fra i prodotti più insidiosi e tenaci (1), dal trattamento assai difficile, anche per la necessità per il personale di assistenza di adottare speciali indumenti protettori (antiypritici). *Azione* tardiva, elettiva sui tegumenti (ustioni, ulcerazioni, edema dello scroto, lesioni del letto ungueale), occhi (congiuntivite, lesioni corneali profonde), vie respiratorie (laringo-tracheite, bronco-polmonite, edema polmonare). Effetti generali (lewisite): diarrea, albuminuria, ematuria, astenia, depressione.

Trattamento profilattico. Usare grande cautela, poichè ogni ypritato va considerato come un « contagioso » da « disinfettarsi » completamente. Sbarazzarlo di tutti gli indumenti, da mettere in recipienti contenenti cloruro di calce al 3 % o coprirli con tale sostanza in polvere. Asportare (massima delicatezza!) l'yprite dal colpito mediante cotone idrofilo; lavatura con acqua saponata, o con bicarbonato di sodio o con largo uso di Dakin. Per gli occhi, lavatura abbondante con permanganato di potassio (1/4000) o bicarbonato di sodio (22,5 per mille). Gargarismi e risciacquature della bocca con soluzione di bicarbonato; ingestione di bicarbonato, 1 cucchiaio per 1 bicchiere di acqua.

TERAPIA. *Occhi*. Tenere il colpito in penombra con benda nera fluttuante; continuare le lavature come sopra; per le palpebre, si consiglia la pasta all'acqua (talco, carbonato di

---

(1) La respirazione con la maschera esige un certo sforzo specialmente per la resistenza che oppone il filtro; i primi studî sulla resistenza dei diversi tipi di filtri vennero fatti nel 1917 dall'ing. E. Peretti e dal sottoscritto, utilizzando anche un « polmone artificiale » in modo da avere sempre una costante forza di aspirazione.

(1) Ricordo il caso di un operaio colpito da una vasta flittena alla regione dorsale della mano per aver maneggiato un pezzo di proiettile caduto sul nostro fronte tre settimane prima e già sottoposto alla « bonificazione ».

PRONTO SOCCORSO PER I COLPITI DA GAS AGGRESSIVI

	SINTOMI PRINCIPALI	TERAPIA
GAS ASFISSIANTI E SOFFOCANTI (Cloro, Fosgene)	Scarsa irritazione agli occhi e vie aeree superiori. Lesioni vie aeree profonde. Edema polmonare. Tosse, dispnea, cianosi, soffocamento.	Trasporto del colpito, *evitando che questi cammini*, liberarlo da tutto quanto inceppa il respiro, tenerlo caldo. Cambio degli abiti. *Non fare mai respirazione artificiale.* Praticare: 1) *Salasso* precoce (300-500 cmc.) preceduto da iniezioni di caffeina. 2) *Inalazione di ossigeno* senza pressione; continuata a lungo. Cardiocinetici (canfora, etere, caffeina, sparteina). 3) *Perle di etere* contro la tosse.
GAS VESCICATORI (Yprite)	Congiuntivite, fotofobia. Arrossamento della cute con formazione di bolle e flittene. Edema palpebre e scroto. Infiammazione vie aeree superiori ed inferiori.	Allontanare con cautela tutti gli indumenti del colpito. Lavatura *occhi* con soluzione di bicarbonato di sodio al 22,5 per mille. *Mai bendaggi occlusivi!* *Cute.* Lavatura con soluzione di sapone o con liquido di Dakin. Nel pronto soccorso, *mai applicazione di polveri o di corpi grassi!* *Naso e gola*, lavatura con soluzione di bicarbonato di sodio (1 cucchiaino in 1/4 di litro di acqua). *Mai inalazioni di ossigeno!*
GAS LACRIMOGENI (Bromacetone, Arsine)	Forte irritazione degli occhi e vie aeree superiori. Le arsine danno senso di oppressione, di angoscia e di intontimento.	*Occhi.* Lavatura con bicarbonato di sodio al 22,5 per mille. *Mai bendaggi occlusivi!* *Naso, Gola.* Lavatura con la soluzione di bicarbonato (22,5 per mille). Per le arsine (starnutatori) instillazione di cocaina (1 per cento) nel naso.

Dopo il pronto soccorso d'urgenza trasportare al più presto il gassato all'Ospedale

calcio, acqua di calce, glicerina a 30°, ana). Se i dolori sono molto vivi, compresse calde con soluzione di bicarbonato, instillazioni 2 volte al giorno di II-III gocce di cocaina 1/200, eventualmente con adrenalina (1 cm. per 100). *Evitare*: pomate a base di vaselina, soluzioni irritanti (nitrato d'argento) medicature occlusive.

Cute. Trattamento con grande delicatezza. Sulle zone eritematose, applicazione di polveri (Talco 40; Carbonato di calcio, Carbonato di magnesio, Ossido di zinco, ana 20). Trattare le flittene col metodo classico, con medicatura lassa ed utilizzare sostanze poco irritanti (permanganato di potassio 2-3/1000, linimento oleocalcare, ambrina, olio gomenolato). *Evitare*: medicatura serrata, sostanze irritanti (acido picrico), polveri sulle flittene aperte.

Vie respiratorie. Inalazione di antisettici deboli (vapor acqueo con eucaliptol o timol); instillazioni di olio gomenolato; trattamento sintomatico della tosse. Riposo assoluto, latte, alcalini. *Evitare*: inalazioni di ossigeno.

La lewisite aggiunge agli effetti dell'yprite quelli tossici generali; la distinzione si fa soprattutto in base al diverso odore, che è di senape per l'yprite (*mustard gas*) e di geranio per la lewisite. Evitare la respirazione artificiale e le miscele di ossigeno ed acido carbonico, mentre è consigliabile l'ossigeno solo; cardiotonici; utile la somministrazione a cucchiai (5 all'ora) della seguente miscela: magnesia un cucchiaio, latte 4 cucchiai, acqua bollita q. b. per 1/2 litro.

Irritanti (lacrimogeni, starnutatori). Per entrambi trasporto all'aria pura e cambio di indumenti. Contro i primi, lavatura degli occhi con soluzione di acido borico al 3 % o di carbonato di sodio; *evitare* grassi, solfato di zinco, bendaggi occlusivi. Per gli starnutatori, gargarismi con bicarbonato di sodio (3-5 %), odorare cloruro di calce in polvere, inalazioni della seguente miscela: Cloroformio, Alcool ana 40 p.; Etere 20 p.; Ammoniaca 5-10 gocce. Instillazioni nelle narici di cocaina (1-2 %) in glicerina. Fregagioni della pelle con ammoniaca (20 p. in 1 litro di alcool).

Tossici generali. L'ossido di carbonio, non ancora utilizzato come aggressivo, può aversi per effetto di esplosivi; si applicheranno: respirazione artificiale, inalazioni di ossigeno con acido carbonico, cardiotonici, specialmente la lobelina; talvolta utile il salasso; la stessa terapia si applicherà per l'acido cianidrico.

Per più ampie notizie, si consultino le opere speciali, di cui dò qui alcune indicazioni (1). Nei posti di pronto soccorso, è utile tenere una tabella schematica come quella qui unita.

Azeglio Filippini.

(1) A. Lustig. *Patologia e clinica delle malattie da gas di guerra.* IV edizione. Istituto sieroterapico milanese, 1937. — A. Izzo. *Guerra chimica e difesa antigas.* II edizione, U. Hoepli, Milano, 1935. — Id. *La difesa della popolazione civile contro la guerra aerochimica.* (Pubblicazione a tipo propagandistico). Ibidem, 1935. — A. Bronzuoli. *La protezione antiaerea delle popolazioni civili.* Ed. An. Rispoli, Napoli, 1938. — G. Bonamartini. *Compendio di nozioni sui gas tossici.* Umana, Firenze, 1932. — O. Muntsch. *Leitfaden der Pathologie und Therapie der Kampfgaserkrankungen.* G. Thieme, Leipzig, 1932.

SUNTI E RASSEGNE

PATOLOGIA GENERALE.

Le reazioni dell'organismo alle cause esterne delle malattie.

(R. Patry. *Praxis*, 18 maggio 1939).

Ammettendo con Bordet che « la vita è la conservazione di un equilibrio incessantemente minacciato » bisogna riconoscere che la biologia è, in definitiva, lo studio di un conflitto non sempre manifesto ma sempre in potenza. Continuamente esposto alle cause nocive l'organismo lotta con reazioni che talvolta disturbano l'equilibrio vitale, creando la malattia, talvolta passano inosservate, o infine rimanendo inefficaci per modo che l'organismo soccombe all'aggressore.

Le cause perturbatrici dell'equilibrio vitale possono così classificarsi:

a) Apporti nutritivi: eccessivi o deficienti.

b) Agenti fisici: meccanici; termici; radiogeni; elettricità; influenze atmosferiche.

c) Agenti chimici.

d) Microbi e parassiti.

e) Fattori affettivi.

Queste cause patogene sono capaci di provocare nell'organismo prodotti nocivi a meno che non li costituiscono già per se stesse. Le sostanze nocive sono dette estranee, perchè non formano normalmente parte della compagine dell'organismo. Oltre che da corpi chimicamente definiti e relativamente semplici (come la morfina, l'alcool, i narcotici, l'arsenico, la cocaina, ecc.) sono costituiti da derivati della stessa materia vivente: da lipidi, glicidi e sopra tutto da protidi.

Contro tutti questi agenti l'organismo possiede mezzi di difesa detti naturali, che lo proteggono contro le piccole dosi di tossici, contro le sostanze estranee, contro i microrganismi.

Così l'alcool assorbito moderatamente non è nocivo, numerosi microbi sono ospiti abituali dell'intestino, una certa quantità di bianco d'uovo, di acetilcolina, d'inchiostro di Cina o di microbi può essere introdotto nell'organismo senza danno.

Questa protezione naturale è talvolta specifica: l'antrococidina neutralizza gli effetti di una certa quantità di bacilli del carbonchio; le diastasi distruggono tossine e microbi; l'ossidazione elevata rende meno nocivi l'alcool e la morfina; i fagociti ed il sistema reticolo-endoteliale inglobano microbi, albumine estranee e corpuscoli inerti cercando di renderli innocui.

Al momento dell'aggressione l'individuo può avere tutte le apparenze della salute, l'organismo è normergico. Può essere paragonato ad una milizia formata di soldati giovani ma robusti, perfettamente equipaggiati e forniti di armi nuove, capaci di resistere all'aggressore e di annientarlo. Oppure si tratta di un organismo che ha già superato un conflitto, è allergico. Allora può essere paragonato ad una milizia costituita da soldati che hanno già affrontato vittoriosamente altre lotte, soldati allenati, già assuefatti al fuoco: l'organismo è vaccinato o desensibilizzato. Oppure dalle lotte precedenti esce esaurito, demoralizzato: è il caso di individui esauriti da malattie precedenti, non più capaci di resistere ad altri fattori patogeni.

Le manifestazioni del conflitto tra l'organismo e le cause esterne delle malattie sono di vario genere. Innanzi tutto si hanno i sintomi subiettivi tra i quali il più comune è l'astenia; seguono in ordine di frequenza il senso di malessere, i dolori, la cefalea, la sete e simili. Tra i sintomi obiettivi ha il primo posto la febbre, che con la prostrazione, il pallore o il rossore del volto, le modificazioni del polso, della diuresi, ecc., rappresenta l'indice più vivace del conflitto. Le modificazioni dell'ambiente interno sono di ordine: 1) chimico (acidosi, ipocloremia, iperglicemia, aumento dei polipeptidi, dell'urea o dell'istamina); 2) fisico (diminuzione del sangue circolante, aumento della tensione superficiale del plasma, diminuzione della stabilità dello stato colloidale del plasma con aumento delle globuline e del fibrinogeno e diminuzione della serina, diminuzione della pressione colloidale osmotica del plasma: fenomeni tutti che esprimono in pratica l'accelerazione della velocità di sedimentazione dei globuli rossi); 3) morfologico (leucopenia o leucocitosi, neutro o eosinofilia, ecc.).

Non meno interessanti sono i fenomeni locali, corrispondenti di solito alla regione dell'organismo nella quale ha sede il conflitto. « Rubor, Calor, Tumor, Dolor e Functio laesa » sono i segni della reazione locale, il cui insieme costituisce l'infiammazione.

La reazione acuta dell'organismo all'azione delle cause patogene è difasica: alla elevazione della temperatura della fase iniziale o di

stato segue l'abbassamento della temperatura della seconda fase o di convalescenza; alla leucocitosi con prevalenza di elementi mieloidi la leucopenia con linfocitosi; alla diminuzione l'aumento della riserva l'alcalina; all'aumento la diminuzione del metabolismo globale: all'acceleramento il rallentamento della disintegrazione delle albumine; all'iper- l'ipoglicemia; all'iper- l'ipocolesterinemia; alla simpaticotonia la vagotonia.

Le forme di reazione possono variare a seconda che prevalgono i segni generali o quelli locali.

L'esito del conflitto è la guarigione o la morte. La cronicizzazione può considerarsi come un prolungamento del conflitto che conduce alla morte a distanza di tempo.

Ma oltre a ciò la ripetizione degli stimoli patogeni può provocare reazioni più deboli fino alla loro scomparsa: si crea l'abitudine.

L'abitudine è una disposizione acquisita mediante azioni reiterate: lo stabilirsi dell'abitudine implica quindi la ripetizione dell'atto.

Le cause dell'abitudine possono essere simili a quelle delle malattie: apporti nutritivi, agenti fisici e chimici, microbi e parassiti, fattori affettivi.

L'abitudine provocata da agenti fisici è l'adattamento, quella provata da agenti chimici è l'assuefazione, quella provocata da agenti microbici è l'immunità, quella provocata da stati affettivi è l'indifferenza.

La formazione dell'abitudine è sottomessa a regole determinate ed ha certi limiti: 1) l'agente causale non deve oltrepassare una certa intensità; 2) gli atti devono avere una progressione lenta e essere opportunamente distanziati e devono essere proporzionati allo stato dell'organismo, alla sua età ed alla sua costituzione. DR.

La traversata dell'acqua e il determinismo degli edemi.

(N. FIESSINGER. *Journal des praticiens*, 12 e 19 agosto 1939).

Nulla di più semplice in apparenza e nulla di più complicato in realtà della traversata dell'acqua nell'organismo. Indispensabile per tutti i processi vitali, l'acqua costituisce il mezzo di soluzione dei cristalloidi e di sospensione dei colloidi; la sua elevata costante dielettrica ne fa il solvente più adatto per ottenere la dissociazione elettrolitica ed essa stessa si dissocia facilmente negli joni H e OH, dotati di una grande velocità di sviluppo e di reattività. È opportuno tener presente la grande quantità di acqua contenuta nell'organismo; un individuo di 70 kg. ne contiene 50 di liquido, così ripartito: 5 per il mezzo circolante, 10 per quello interstiziale, 35 per quello intracellulare; nei due primi gli joni Na e Cl costituiscono gli elementi di equilibrio, mentre nel mezzo intracellulare predominano K e P.

L'apporto esterno (*acqua esogena*) è di 2-3 litri per 24 ore, mentre l'acqua di secrezione, che viene poi riassorbita, è di quasi 8 litri (saliva 1,500, succo gastrico 2-3 litri, succo pancreatico 5-800 cmc., bile 3-500 cmc., succo intestinale 3 litri. Altra acqua si produce nell'organismo stesso (*a. endogena*) dovuta a metabolismo chimico (ossidazione dei carboidrati, degli acidi grassi, degli aminoacidi).

L'assorbimento digestivo dell'acqua ingerita è molto rapido e raggiunge il suo acme tra la prima e la seconda ora; è rallentato se l'acqua è presa durante i pasti. Arrivata nell'organismo, l'acqua fa nel sangue un'apparizione fugace (nei soli primi venti minuti) ed assai ridotta, tanto che è di malagevole dimostrazione; nei cirrotici, il passaggio nel sangue è più evidente; essi sono degli oligurici o degli opsiurici, in cui l'acqua circola, ma non esce, o soltanto tardivamente. Si deve quindi ammettere una *tappa interstiziale* nella traversata dell'acqua.

La diuresi digestiva dell'individuo normale è rapida e poco carica in cloruri ed urea, opponendosi così a quella delle iniezioni endovenose, che è minima, tardiva e più ricca in cloruri ed urea, a meno che l'iniezione sia fatta molto lentamente (circa 10 cmc. al minuto).

Ma in certi malati, renali, epatici, cardiaci, l'acqua assorbita viene eliminata con ritardo di varie ore (*opsiuria*) od in quantità scarsa (oliguria); in tali oligurie, la densità dell'urina tende ad essere costante.

In altri malati (periodi di guarigione di malattie acute infettive o tossiche) si ha una poliuria, che oltrepassa la quantità di acqua ingerita, risultante dalla liberazione dell'acqua interstiziale (poliuria critica); in altri, infine, si ha una traversata dell'acqua abbondante e continua (diabete insipido).

Nelle affezioni epatiche, oliguriche od opsiuriche, (certi itteri e cirrosi) si abbassa il rapporto fra Na e Cl, il che sta ad indicare che la malattia non è limitata al solo organo affetto, ma interessa tutto l'organismo. Sotto l'effetto dei disturbi generali, che risultano dalla malatita epatica, il Na viene trattenuto nei liquidi interstiziali e sostituito dai prodotti tossici derivanti dai tessuti; è, del resto, un fenomeno generale, che si osserva anche nella polmonite e nella pleurite benigna con febbre.

L'abbassamento del rapporto Na/Cl costituisce quindi la manifestazione non già dell'esistenza degli edemi, ma lo stato di imbibizione interstiziale, che porta un nuovo argomento in favore del fattore insito nei tessuti, per cui si hanno infiltrazioni mobili nelle affezioni benigne e fisse nelle gravi.

I FATTORI DELLA DIURESI.

È sempre a proposito dell'oliguria degli epatici che l'A. considera i diversi fattori che possono influire sulla diuresi:

1) *F. intestinale.* Si è pensato dapprima

che l'acqua, traversando la mucosa intestinale liberasse una sostanza diuretica, forse un ormone. Questo fattore problematico, comunque non avrebbe che una importanza del tutto secondaria e, ad ogni modo, l'oliguria degli epatici non può essere ad esso attribuita.

2) *F. renale.* Ha una parte, se non esclusiva, importante nel meccanismo generale della diuresi, come dimostrano anche le esperienze sugli animali. È però da escludersi la sua influenza nel determinismo dell'oliguria degli epatici.

3) *F. epatico.* La sua esistenza è dimostrata da due ordini di fatti, l'aumento del volume del fegato durante la diuresi acquosa e la disposizione a scaglioni della diluizione sanguigna durante le fasi della traversata dell'acqua.

4) *F. neuro-ormonico.* L'influenza del sistema nervoso si associa a quella delle ghiandole endocrine; esiste una poliuria di origine bulbare e sono stati dimostrati disturbi della diuresi nelle lesioni dell'ipotalamo. Incontestabile è l'influenza dell'ipofisi posteriore, che frena la diuresi acquea. Sembra che l'ormone post-ipofisario aumenti il riassorbimento da parte dei tubuli, dell'acqua trasudata in corrispondenza dei glomeruli. Altri ormoni intervengono nella diuresi, gli uni che la favoriscono (estratto tiroideo, epatico, genitale, paratiroideo, renale); gli altri che la ostacolano (estratti ipofisari, surrenali, insulina).

Scarso, però, è l'intervento di questi fattori nella diuresi normale e nelle oligurie patologiche.

5) *F. plasmatico.* Si è detto che la diluizione del sangue dopo ingestione di acqua è minima e fugace; essa, però, è abbastanza sensibile nei primi dieci minuti e può anche spiegare la diuresi che può aversi sùbito; ma questo fattore non basta per spiegare quelle considerevoli che si hanno al 30°-90° minuto e, d'altra parte, nei cirrotici si hanno diluizioni forti e prolungate, senza che si abbia diuresi. Si può pensare che entri in giuoco la tensione osmotica dei protidi e dei cristalloidi; le ricerche dell'A., però, dimostrano che essa si abbassa tanto più quanto il rene non secerne.

6) *F. dei tessuti.* Esistono, nell'organismo, dei compartimenti di acqua circolante e di stagnante, fra cui vi sono degli scambi continui, in modo che l'equilibrio è mantenuto, senza che intervenga sempre la tensione osmotica. Una parte dell'acqua dell'organismo non entra nel metabolismo corrente, essendo legata ai protidi o protetta dalla vitalità delle membrane; a questo bisogna forse attribuire la durata della permanenza nell'organismo, basata sulla nozione dell'acqua pesante, di cui la velocità di eliminazione dura circa 9 giorni.

Queste nozioni dell'acqua interstiziale e di quella cellulare permettono di stabilire in modo molto generale il fattore da attribuirsi ai tessuti nella traversata dell'acqua. Nella traversata dell'acqua, vi è alle volte un vero richiamo di acqua dai tessuti stessi e l'ingestione agisce come un colpo di stantuffo, che mette in moto dei complessi processi fra il sangue ed i tessuti. Vi è dunque una tappa dell'acqua nei tessuti ed è importante quella del fegato, nel senso che l'imbibizione epatica è necessaria perchè la diuresi si possa compiere normalmente.

La nozione della tappa dell'acqua nei tessuti spiega il tempo necessario perchè la diuresi si compia e la ragione per cui quella da introduzione endovenosa raggiunge le cifre di quella da ingestione solo se l'introduzione stessa è fatta con lo stesso ritmo. Nella tappa nei tessuti, l'acqua ingerita come quella iniettata deve subire un adattamento alla diuresi renale.

L'acqua eterogena diventa così autogena e la diuresi da autogeneizzazione dell'acqua circolante è tanto più rapida quanto più attiva è la vitalità dei tessuti. È indubbio che nel cirrotico, nei cardiaci, come nell'edematoso in genere, tale vitalità è diminuita, sicchè l'autogeneizzazione resta compromessa e l'acqua ristagna senza potere essere eliminata; da ciò l'oliguria e l'opsiuria.

Il fattore dei tessuti assume così una parte preponderante nella diuresi, la quale non è possibile che con l'acqua autogena; se i tessuti non sono capaci di autogeneizzazione dell'acqua eterogenea, la diuresi sarà soltanto parcellare, incompleta e concentrata.

Nella diuresi, il rene non è quindi il solo in causa, ma intervengono il fegato e tutti i tessuti dell'organismo, preparando l'acqua alla sua « accettazione » renale e, quindi, alla diuresi.

Nel *determinismo degli edemi*, vari sono i fattori che entrano in giuoco: la pressione idrostatica, quella osmotica dei cristalloidi e quella oncotica; vi contribuiscono, poi, l'equilibrio lipocitico delle cellule, le correnti bioelettriche e — fattore molto importante — la funzione vitale dell'endotelio, connesso con la meiopragia capillare, per cui la parete capillare perde la sua resistenza.

La pressione idrostatica può elevarsi *(ipertesi)* ma quella oncotica non è modificata, sicchè l'acqua può passare negli spazi interstiziali, ma è richiamata in corrispondenza del capillare venoso e ritorna in circolo.

Se invece la pressione idrostatica si eleva nella vena unitamente con quella oncotica, il ritorno dell'acqua non può più avvenire e si hanno così gli *edemi dei cardiaci*.

Con una pressione idrostatica normale nell'arteria e nella vena ed una pressione oncotica diminuita, l'acqua trasuda, ma non può poi essere richiamata nel capillare venoso; sono questi gli *edemi dei renali*.

Tali nozioni schematiche non possono però

applicarsi ad altri edemi; quelli epatici, per esempio, si sono voluti spiegare con la nozione della pressione oncotica dei protidi, la quale può essere una causa sufficiente per la loro produzione, ma non è da considerarsi come assolutamente necessaria.

Gli *edemi cachettici* sono degli edemi declivi, in rapporto, quindi, con la pressione idrostatica, ma con l'andar del tempo e con la diminuzione della vitalità dei tessuti, vi si associa anche la pressione oncotica dei protidi e quella osmotica dei cristalloidi. Così pure, non si devono contrapporre, nel determinismo degli edemi la ritenzione clorurata e l'inversione dell'equilibrio dei protidi; i due fattori si connettono e l'edema si manifesta come l'effetto di una associazione dei due disturbi, che all'inizio potevano sembrare del tutto indipendenti.

L'*effetto dei diuretici* può esplicarsi, pertanto, per diverse vie. I cardiotonici provocano crisi poliuriche, diminuendo la pressione venosa e, quindi, modificando la pressione idrostatica; l'acqua dei tessuti passa allora nei vasi e viene eliminata dai reni.

La teobromina, il neptal, i diuretici mercuriali in genere agiscono direttamente sul parenchima renale e provocano un'eliminazione di acqua; ne viene di conseguenza un aumento della tensione osmotica nel sistema venoso ed un nuovo richiamo di acqua dai tessuti.

I diuretici dei tessuti agiscono direttamente su questi (corpo tiroide).

Fattore importante è sempre la vitalità dei tessuti, che agisce anche se vi sono altri fattori; così i cardiaci, quando realizzano la loro « fusione edematosa » reagiscono meglio dopo qualche giorno che all'inizio; sembra che man mano le funzioni si vanno riparando vi sia una più attiva permeabilità.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Klinische Forbildung. Vol. V. Un vol. in-8° di 796 pagg. con 146 figg. Urban e Schwarzenberg, Berlin, 1938. Prezzo RM. 30.

Sotto la direzione dei proff. R. Cobot e K. Gutzeit, si viene pubblicando annualmente una serie di monografie che trattano alcune questioni importanti in tutti i campi dello scibile medico, in modo da presentare al lettore lo stato attuale delle nostre conoscenze e delle moderne vedute su un dato argomento.

Questo volume è il quinto della serie e comprende le seguenti monografie: *Le sostanze attive del lobo ipofisario anteriore* (K. J. Anselmino e F. Hoffmann). *Le malattie del lobo ipofisario anteriore* (F. Krause). *Gli ormoni del lobo ipofisario post.* (H. Lucke). *Il parto senza dolore* (F. Siegert). *La carie dentaria* (O. Hübner). *L'elettrochirurgia* (F. Keysser). *La lotta contro le malattie veneree* (B. Spiethoff e G. Gottschalk). *Progressi della medicina sportiva. Sierodiagnosi e sierocitodiagnosi dei tumori maligni* (H. Auler). *Disturbi della deglutizione* (A. Beutel e F. Grögler). *L'infiltrato polmonare (pneumonite atipica ed infiltrato precoce* (F. Kellner). *Il tratamento delle malattie sifilitiche del cuore e dei vasi* (E. Stadtler). *La diagnosi delle malattie endocrine* (H. Bernhardt). *Indicazioni delle acque minerali tedesche* (A. Evers). *Ostetricia e ginecologia.* Casi d'urgenza. (G. Frommelt). *Asma cardiaco* (M. Hochrein). *Patologia della circolazione enteroepatica* (H. Horsters). *Lesioni da gas di guerra* (G. Gillert). *La demenza* (W. Weygandt). *Le applicazioni del glucosio in medicina* (E. Hassencamp). *L'alopecia ed il suo trattamento* (G. Rithl). *La varicella* (H. Knauer). *Trombosi e tromboflebiti nel circolo portale* (E. Gohrbandt). *La roentngenterapia nelle malattie del sangue* (F. Bardachzi). *La sepsi postanginosa* (H. Claus). *La diagnosi alla tubercolina ed i metodi sierologici nella tubercolosi. Stati minacciosi acuti nelle malattie d'orecchio* (L. B. Seiferth e H. Selter). *Stati minacciosi acuti nelle malattie oculari* (E. Bunge).

fil.

O. PORGES. *Darmkrankheiten.* Editori Urban e Schwarzenberg. Berlino-Vienna. RM. 9.

La diagnostica e la terapia delle malattie intestinali hanno fatto in questi ultimi tempi notevoli progressi. Il libro del Porges rappresenta un aggiornamento di tale branca della medicina.

Dopo avere dato qualche cenno sull'anatomia e la fisiologia dell'intestino, discute la importanza diagnostica dei vari sintomi subiettivi e obiettivi delle malattie intestinali, di cui fa una chiara ed ampia descrizione.

DR.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Napoli, 6-8 novembre 1939-XVIII).

L'inaugurazione.

Il giorno 6 corr. nell'Aula Magna della R. Università di Napoli si sono inaugurati i Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia. Erano presenti S. E. il Prefetto, il Podestà, il Segretario Federale. Tutte le più eminenti personalità del mondo scientifico erano convenute da ogni parte d'Italia. Notati i sen. Alessandri, D'Amato, Maragliano, i proff. Frugoni, Paolucci, Gasbarrini, Ferrata, Galdi, Sabatini, Torraca, Muscatello, Dominici, Castellino, Condorelli, Gamna, Cesa-Bianchi, Tinozzi e moltissimi altri.

Dopo il saluto al Duce ordinato da S. E. il Prefetto, il Podestà ha espresso il fervido saluto di Napoli ai Congressisti. Il prof. Sorrentino, Segretario del Sindacato Fascista dei medici, ha salutato i convenuti a nome dei colleghi napoletani, quindi il Magnifico Rettore, prof. Auricchio, dopo aver rivolto un omaggio al sen. Maragliano, si è dichiarato lieto che un Congresso di così alta importanza scientifica abbia avuto quest'anno la sua sede nel glorioso Ateneo napoletano.

Il discorso ufficiale d'inaugurazione viene fatto dal sen. Maragliano, Presidente della Società Italiana di Medicina Interna. Egli esordisce elevando anzitutto il saluto al Duce, creatore della nuova Italia e fondatore dell'Impero. Mette quindi in evidenza la necessità di riformare gli studi medici corrispondenti al compito che il Governo Fascista assegna al medico, collaboratore dello Stato per la difesa della società e della razza.

Per raggiungere questo scopo l'O. ritiene che i giovani aspiranti all'esercizio della medicina debbono essere istruiti non soltanto a base scientifica, ma anche preparati per conoscere e tecnicamente applicare i mezzi scientifici, pratici ed empirici.

« L'insegnamento che non si limiti alla *scientia condita*, ma si estenda alla *condenda* — dice il senatore Maragliano — non corrisponde alla finalità della scuola ed assorbe anche un tempo necessario alla istruzione tecnica. E, questo del tempo è quistione che deve essere esaminata nell'ordinamento degli studi medici in ordine alla laurea professionale, che è cosa ben diversa da un addottoramento completo in scienze mediche. È una differenziazione questa che fino ad ora non fu fatta e che è necessario fare nello stato attuale dello scibile medico che consta in parte di dottrine altamente scientifiche connesse spesso allo scibile universo, che spazia e penetra nei campi inesplorati nella vita e d'altra parte consta di fatti consacrati dalla esperienza ma non sempre a base scientifica, spesso a base empirica: ma fatti accertati per quanto non sempre chiariti nelle loro ragioni.

« Quella che deve essere curata nella istruzione professionale è questa parte tutta consistente in fatti chiariti, ormai indiscutibili e consacrati dalla esperienza mentre l'altra deve essere riservata ad insegnamenti di alta coltura, destinati ad accendere in menti privilegiate la febbre delle ricerche, a suscitare concezioni nuove, a mettere in luce fatti ignorati, a chiarire definitivamente punti finora discussi, ad arricchire il patrimonio scientifico nazionale, ad eternare altri nomi accanto a quelli di Guglielmo Marconi e di Carlo Forlanini. In Italia Dio mercè abbiamo Maestri capaci di suscitare in menti elette questo movimento creatore ».

Il senatore Maragliano parla quindi delle deficienze che si riscontrano nell'insegnamento attuale e particolarmente per quanto riguarda le ricerche di radiologia e terapia fisica, confinate tra gli studi complementari nonchè lo studio sulla tisiologia che, ad eccezione di Napoli e di Roma, non ha un vero insegnamento.

« L'ordinamento attuale ha quindi bisogno di essere modificato, di essere coordinato ai compiti cui il medico deve attendere, nel suo ufficio di collaboratore dello Stato per la difesa sociale. E poichè i sei anni di studio attuali non potrebbero essere aumentati sarà giocoforza far posto a ciò che ha tratto alla pratica e ridurre il tempo dedicato alle questioni dottrinali inutili finchè sono tali ».

L'oratore che si è dichiarato lieto di parlare nella gloriosa Università di Napoli dove egli apprese lo studio delle scienze mediche quando Salvatore Tommasi e Arnaldo Cantani dalla cattedra napoletana dettavano la medicina nuova, conclude rivolgendo un fervido saluto ai colleghi senatore Alessandri e D'Amato ed esprimendo la sua ammirazione per la città di Napoli.

Seduta pomeridiana del 6 novembre.
Presidenza sen. MARAGLIANO

Le lipoidosi.

Clinica delle lipoidosi (sen. prof. L. D'AMATO)

Il Relatore definisce innanzi tutto il campo delle lipoidosi e critica l'inquadramento di esse fra le « tesaurismosi » degli Autori tedeschi, giacchè questa concezione di Gierke, sostenuta da Eppinger, per quanto seducente, accomuna processi morbosi e momenti patogenetici diversi e lascia insoluto il problema delle cause che producono l'accumulo dei lipoidi in seno ai vari tessuti.

Passa quindi a riferire le varie classificazioni basate ora su criteri clinici ora su criteri biochimici, propendendo per quella proposta da Rutishauer, come la più comprensiva:

I) *Lipoidosi localizzate*, caratterizzate da depositi lipoidei in un dato tessuto senza che vi sia alterazione alcuna del metabolismo generale (depositi nelle palpebre, nella cornea, nella colecisti — colecisti a fragola, nel plesso coroidale — colesteatoma del plesso — nei vecchi focolai emorragici, nel corso di processi infiammatori — pleuriti colesteriniche — in tessuti neoplastici).

II) *Lipoidosi generalizzate*: a) primitive (morbo di Gaucher, morbo di Niemann-Pick, morbo di Hand-Christian-Schüller, xantomatosi cutanee e viscerali).

b) secondarie o sintomatiche (xantomatosi diabetica, itterica e renale).

Il Relatore procede quindi all'esame delle singole forme morbose.

Morbo di Gaucher: lipoidosi da cherasina. Il R. illustra il quadro clinico e si sofferma a discutere la interpretazione delle cellule di Gaucher.

Richiama l'attenzione sulla presenza nel morbo di Gaucher, di note di diatesi emorragica e di compromissione dell'ematopoiesi e discute le indicazioni e controindicazioni della splenectomia.

Delinea poi il quadro morboso ed il reperto anatomo-patologico del *morbo di Niemann-Pick e della idiozia amaurotica familiare o malattia di Tay-Sachs*, accennando « di questa » alla forma giovanile di Spielmeyer e Vogt ed alle forme tardive e ad andamento protratto descritte da Kufs, Mayer, Bogaert, Hallervorden. A proposito di queste due forme morbose, il R. si diffonde sulla questione della loro identità, sostenibile in base ad alcuni dati di osservazione clinica; accenna alle ricerche chimiche di Klenk, le quali, se integrate e confermate da ulteriori indagini possono costituire la base per la definitiva soluzione di tale problema.

Ma è sopratutto sulle colesterinosi e sulle xantomatosi, e più specialmente sul morbo di Hand-Christian-Schüller che il R. si diffonde portando il contributo dell'esperienza Sua e della Sua Scuola.

Il quadro morboso di quest'ultima affezione è troppo noto, perchè venga qui riportato.

Dal punto di vista istologico le ricerche compiute da Bossa sotto la Sua direzione hanno potuto dimostrare che alla formazione delle cellule schiumose prendono parte le cellule della microglia, oltrechè gli elementi istiocitari e fibroblastici perivasali.

« Queste ricerche permettono di concludere che il substrato del morbo di Hand-Christian-Schüller è un'affezione del sistema reticolo-endoteliale, cioè una reticolo-endoteliosi nel senso di Epstein e di Di Guglielmo con alterazione del metabolismo dei lipoidi. Si tratta quindi di un'affezione generale, per quanto la malattia abbia tendenza a localizzarsi con predilezione in alcuni speciali organi ». A seconda delle localizzazioni si generano quadri clinici disparati, però la fisionomia istopatologica e biochimica del morbo di H.C.S. è ben definita. Accurate indagini anatomo-istologiche hanno dimostrato che nel morbo di H.C.S. la formazione dei granulomi è il fatto primitivo e il deposito di colesterina è il fatto secondario.

Questo dato di fatto mette la malattia di H.C.S. in una posizione speciale di fronte ai morbi di Gaucher e di Niemann-Pick, perchè solo nella prima il fatto iniziale è una granulomatosi con ingrossamento secondario dei granulomi, mentre che nelle altre due malattie vi è un deposito di lipoidi in alcune determinate cellule. Siccome nel morbo di H.C.S. non si riscontra costantemente ipercolesterinemia, verrebbe quasi fatto di sospettare con Letterer, che nel morbo suddetto si tratti più di un disturbo endogeno delle cellule che di un disturbo umorale.

Xantomatosi primarie prevalentemente cutanee.

Opportunamente il R. insiste sulla differenziazione tra morbo di H.C.S. e xantomatosi primarie. Nel primo si tratta di una vera granulomatosi, cosa che non si può dire delle xantomatosi primarie; inoltre queste hanno spesso un'impronta ereditaria o familiare, impronta che manca invece completamente nei casi di morbo di H.C.S.

Nella differenziazione delle xantomatosi primarie ci si deve affidare a criteri puramente clinici, giacchè le alterazioni istologiche non sono specifiche, sono secondarie al deposito di colesterina. Nè si può dire che in tutte le xantomatosi, primitive vi sia un disturbo del ricambio cioè una ipercolesterinemia. Vi sono casi in cui vi è ipercolesterinemia e mancano le manifestazioni xantomatose; vi sono invece manifestazioni xantomatose senza ipercolesterinemia. Vi sono invocati dei fattori locali — colesterinofilia da parte di alcuni tessuti — ma si tratta di ipotesi non suffragate dai fatti.

Dello xantoma tuberoso, o gotta lipoidea di Bürger (formazione di noduli o di veri tumori lipoidei nella cute, nelle guaine tendinee, nelle capsule articolari in modo da rassomigliare ai tofi gottosi) il R. ricorda come carattere differenziale della gotta vera la mancanza del dolore nella forma lipoidea e come carattere comune la regressione o l'aumento dei depositi a seconda del regime alimentare.

Nella trattazione delle altre xantomatosi cutanee, il R. si riporta alla classificazione di Urbach e descrive le varie forme cliniche di xantelasma. L'essenza del processo xantelasmatico, sembra risiedere nel fatto che i lipoidi e specialmente gli esteri di colesterina vengono ceduti dal sangue ed immagazzinati in diverse specie di cellule (tanto endoteli quanto fibroblasti) le quali così infiltrate si trasformano in cellule schiumose. E il deposito di cristalli di colesterina si ha anche negli spazi linfatici e nei fasci di fibre collagene e perfino in seno ai tessuti.

Urbach considera pure un'altra varietà di lipoidosi cutanea — quella *extracellulare;* in questa la colesterina non si trova mai dentro le cellule, ma sempre al di fuori di esse; in modo che non si vedono mai cellule schiumose.

Orbene questa varietà di lipoidosi presenta una propria fisionomia clinica, si accompagna di solito ad ipertensione arteriosa ed a lieve epatosplenomegalia, e, secondo Urbach, presenterebbe:

1) assenza di alterazione del ricambio degli idrati di carbonio;

2) assenza di ipercolesterinemia prima e dopo carico lipidico;

3) scadimento della funzionalità epatica;

4) aumento del contenuto in colesterina dei nodi cutanei e della pelle sana di tali infermi rispetto a quella di uomini sani.

Si tratta in ogni caso di un disturbo del metabolismo dei lipoidi, manifestantesi attraverso una infiltrazione lipoidea extracellulare.

Il R. ricorda altre forme rare di lipoidosi.

1) la lipoidosi della pelle e delle mucose o lipoido-proteinosi (Urbach 1928) caratterizzata da depositi nella cute e nelle mucose di fosfatidi legati alle albumine.

2) la « necrobiosis lipoidica diabeticorum » di Oppenheim ed Urbach, la cui interpretazione è ancora controversa.

Di maggiore interesse per la medicina interna sono le xantomatosi viscerali, accompagnate quasi sempre da xantomatosi della pelle:

1) *xantomatosi epatica* (con ingrandimento e dolentia del fegato, colorazione giallastra della cute del palmo delle mani e della pianta dei piedi, al volto, ai padiglioni delle orecchie e della mucosa del palato molle; assenza di ittero e di ipercolesterinemia, Edelmann).

2) *xantomatosi epatosplenica* (Bürger);

3) *xantomatosi primitive con prevalente localizzazione nell'apparato respiratorio* (laringe, polmoni);

4) *xantomatosi dell'apparato circolatorio*. A tale proposito il R. ricorda alcune Sue antiche ricerche in cui riusciva ad ottenere depositi lipoidei nel fegato, nelle pareti aortiche, nelle capsule surrenali e nei reni di conigli trattati con colesterina pura.

5) la forma prevalentemente nervosa descritta sulla base di due casi osservati, da V. Bogaert, Scherer ed Epstein, caratterizzata da: cataratta giovanile bilaterale; xantelasma bilaterale; xantomi infratendinei; distrofia della pelle, delle unghie, dei denti; segni di ipogenitalismo; osteoporosi; arresto di sviluppo mentale; atassia cerebellare; amiotrofia diffusa con astenia; disturbi della deglutizione e cardio-respiratorii a tipo pseudobulbari; decorso lentissimo. Il R. ne riferisce il quadro anatomo-patologico e la diagnosi differenziale e si dilunga sull'interpretazione di questo quadro morboso, discutendone anche i rapporti col morbo di H.C.S. Ricorda quindi gli studi di Margraft sulle degenerazioni ereditarie del cervello accompagnate da immagazzinamento dei lipoidi.

6) *xantelasma diffuso della mucosa intestinale di Froboese.*

Xantomatosi secondarie. Si stabiliscono nel diabete, negli itteri e nelle nefrosi.

Il R. ricorda di avere fin dal 1901, sostenuto il concetto di una profonda alterazione dei grassi, almeno nel diabete grave e di aver così rettamente interpretato la patogenesi del coma diabetico.

Il R. accenna all'ipercolesterinemia negli itteri e ricorda, che ad essa è stato assegnato un compito della genesi della calcolosi biliare, affermazione non esatta, come ha sostenuto il R. insieme ad altri AA., da molti anni.

Il R. fa quindi un accenno alla nefrosi lipoidea, di cui allo stato attuale delle conoscenze, non è possibile fissare bene il posto nel gruppo delle lipoidosi secondarie.

La psoriasi come lipoidosi.

Dati di osservazione empirica hanno dimostrato un rapporto tra psoriasi e ricambio dei lipoidi in genere. Da molti osservatori è stato riscontrato nella psoriasi un aumento del tasso colesterinemico ed un aumento del contenuto in colesterina delle squame cutanee.

Bürger e Grutz hanno collocato deliberatamente la psoriasi nel quadro delle lipoidosi sulla base del reperto del quadro lipemico a digiuno e del comportamento di esso a varia distanza di tempo (4, 8, 24 ore) dopo somministrazione di grassi (gr. 5 di colesterina sciolti in gr. 100 di olio di oliva) comportamento che ricordava quello notato dagli stessi Autori in alcune forme di lipoidosi epato-splenomegaliche.

Come corollario della loro concezione patogenetica i due AA. tedeschi hanno consigliato a scopo terapeutico agli psoriasici una dieta povera di grassi, la quale, secondo loro, avrebbe ragione nell'86 per cento dei casi anche delle più gravi ed estese forme di psoriasi in un periodo variabile da 4 settimane ad 8 mesi.

Questa concezione ha avuto numerosi sostenitori ed anche qualche detrattore.

Il R. riporta le ricerche eseguite nella Sua Clinica e sotto la Sua direzione dal Dott. Colarusso su un gruppo di 13 psoriasici. Da esse è risultato che i valori delle varie frazioni lipemiche a digiuno negli psoriasici, se pure si presentano lievemente superiori a quelli ottenuti nei controlli, restano pur sempre molto al disotto dei più alti limiti fisiologici, nè si è potuto notare un rapporto fra tali valori e la entità, la diffusione e la durata delle manifestazioni psoriasiche.

Come nelle ricerche di Grutz e Bürger, in 11 su 13 psoriasici si è notato — dopo la somministrazione della colesterina sciolta in olio — un'elevazione delle frazioni lipemiche più modesta di quella osservata nei controlli. In base ai risultati di altre ricerche compiute nella Sua Clinica il R. non può aderire alla ipotesi di Grutz e Bürger che la minore elevazione della lipidemia negli psoriasici sia da riferire ad un difficoltato assorbimento dei lipidi somministrati attraverso la mucosa intestinale, infarcita di granuli lipoidei. Egli è piuttosto dell'opinione che i liquidi non si accumulano nel sangue in grande proporzione come accade in condizioni normali, perchè essi si depositano nei vari tessuti e preferibilmente — non è possibile dire per quale ragione — nella cute.

In complesso si può affermare che negli psoriasici vi sono dati di alterazione del ricambio dei grassi, ma non costanti nè imponenti.

Il R. espone quindi i risultati del trattamento dietetico (alimentazione povera di grassi) e terapeutico (somministrazione di ormoni tiroidei, cortico-surrenali, Vitamina B., insulina) cui sono stati sottoposti i 13 psoriasici affermando che in alcuni casi la sola dieta alipidica è stata sufficiente ad allontanare le manifestazioni cutanee, però queste ricomparvero poco dopo la cessazione di tale dieta. La cura invece è stata più efficace quando alla dieta povera di grassi si è aggiunto un trattamento protratto con estratti di tiroide, Vitamina B_1, e con insulina. Vi sono quindi nella psoriasi note lievi ma indubbie di alterato ricambio dei grassi, ma può darsi pure che intervengano fattori ormonici o vitaminici.

Infine il R. riassume alcuni punti fondamentali delle lipoidosi. Il fattore ereditario e costituzionale ha una parte preponderante, ma vi è indubbiamente un'alterazione del ricambio lipidico ed un intervento del sistema reticolo-endoteliale. Accanto a fattori generali agiscono fattori locali nel favorire il deposito dei lipoidi in seno ai tessuti, ma dire quali essi siano e come agiscano non è oggi possibile.

La Chimica e la Patogenesi delle Lipoidosi

prof. G. BOSSA (Napoli)

Le lipoidosi sono state oggetto in questi ultimi anni di numerose ricerche chimico-fisiologiche, le quali hanno approfondito notevolmente le nostre conoscenze sulla natura chimica dei complessi lipodei che si accumulano nelle cellule in queste particolari forme morbose, lasciando però tuttora insolute la gran parte delle questioni che riguardano la intima essenza del pervertimento metabolico che è a base della abnorme formazione di questi complessi lipoidei e che costituisce indubbiamente il punto cruciale di queste malattie.

I lipoidi che si accumulano in seno ai tessuti in queste forme morbose sono essenzialmente costituiti da fosfatidi, cerebrosidi e da colesterina e relativi esteri; ed in base al prevalere dell'uno o del-

l'altro lipoide si distinguono le lipoidosi in 3 gruppi che sono i seguenti:

1) Lipoidosi fosfatidiche.
2) Lipoidosi cerebrosidiche.
3) Lipoidosi colesteriniche.

In analogia al nome già in uso di *colesterinosi* per le malattie del terzo gruppo il R. propone di dare rispettivamente la denominazione di *fosfotidosi* e di *cerebrosidosi* al primo ed al secondo gruppo.

Le *fosfatidosi* corrispondono clinicamente la malattia di Niemann-Pick ed alla idiozia amaurotica di Tay-Sachs e sono caratterizzate dal punto di vista chimico da un enorme accumulo di fosfolipidi negli organi interni, specialmente nella milza, ma anche nei parenchimi specifici di vari altri organi interni.

Ricerche moderne di Klenk hanno dimostrato che quest'alto contenuto in fosfatidi è formato per la massima parte di sfingomielina che raggiungeva in un caso, persino il 23 per cento del residuo secco della milza. La sfingomielina isolata dalla milza e dal fegato di N.-P. è differente da quella isolata dal cervello, per diverso contenuto in acidi grassi, il che mentre dimostra una specificità dei lipoidi per i diversi organi, sta anche a favore dell'ipotesi che i lipoidi che si accumulano nelle cellule di Pick si formino nelle cellule stesse e non vi arrivino preformati dal sangue.

Ricerche dello stesso Klenk avrebbero dimostrato che mentre il cervello nella malattia di N.-P. è assai ricco di sfingomielina, esso nella malattia di Tay-Sachs contiene poca sfingomielina e forte quantità di un nuovo lipoide da lui isolato e trovato affine di cerebrosidi perchè contenente zucchero, ma diverso da essi per altri caratteri, e da lui stesso chiamato provvisoriamente sostanza X. Tale risultato starebbe a dimostrare una notevole differenza nel substrato chimico delle due fosfatidosi così simili tra loro dal punto di vista anatomo-patologico.

La malattia di Gaucher costituisce l'unica cerebrosidosi fino ad oggi conosciuta ed essa è caratterizzata da forte accumulo negli organi interni e specie nella milza, del cerebroside cerasina. Dalle ricerche di Uals risulterebbe che già nella milza normale esisterebbero tracce minime di cerasina, la quale si accumulerebbe in quantità enorme in questa forma morbosa.

Le colesterinosi sono caratterizzate dal punto di vista chimico da accumulo in seno ai tessuti di miscele complesse di lipoidi in cui predomina in notevole misura la colesterina e gli esteri colesterinici. Tra le colesterinosi primarie la forma più importante è la malattia di Hand-Schüller-Chistian, Le ricerche eseguite sulle masse granulomatose da Epstein e Lorenz, Bürger e recentemente da Bossa, dimostrano che gli infiltrati lipoidei che si formano in seno al granuloma sono costituiti essenzialmente da colesterina e dagli esteri della colesterina con alto valore del rapporto $\frac{\text{colesterina esterificata}}{\text{colesterina libera}}$

Altro dato importante risultante dalle ricerche di Bossa è che il rapporto $\frac{\text{colesterina esterificata}}{\text{colesterina libera}}$ nel fegato e nella milza si comporta così come nelle masse granulomatose e cioè esso è notevolmente alterato a favore della frazione, colesterina esterificata, in modo cioè da essere l'opposto di quello che si ha nel fegato e nella milza normale.

Anche nella colesterinosi extracellulare di Urbach si ha prevalenza della colesterina libera sulla colesterina esterificata, per quanto in maniera più ridotta. Nella xantomatosi tuberosa la frazione colesterina esterificata prevale sulla colesterina libera ed il medesimo comportamento si rileva negli xantelasmi.

Nelle lipoidosi non è sempre costante una iperlipemia; infatti i risultati riportati in proposito sono notevolmente diversi, non solo per i vari tipi di lipoidosi, ma anche per la grande variabilità che presentano da caso a caso. Per tali ragioni in Clinica si è data molta importanza ai risultati delle prove da carico con grassi neutri e colesterina, mediante le quali nelle lipoidosi primarie si avrebbe generalmente un andamento irregolare delle frazioni lipidiche.

Dal punto di vista morfologico, le fosfatidosi sono caratterizzate dalla cellula di Pick, la quale ordinariamente trae origine dal reticolo-endotelio, ma può derivare anche da cellule parenchimali, per cui i più recenti studiosi non ritengono giusto considerare le fosfatidosi come reticolo-endoteliosi.

Il morbo di Gaucher è caratterizzato morfologicamente dalla cellula gaucheriana infarcita del cerebroside cerasina. Solamente gli elementi istiocitari sono trasformabili in cellule di Gaucher per cui questa forma morbosa, tra tutte le altre lipoidosi, è quella che a maggior diritto può considerarsi come una reticolosi.

Le colesterinosi sono caratterizzate dal punto di vista istologico dalle cellule spugnose infarcite di complessi lipidici in cui predominano la colesterina ed i suoi esteri. La più importante colesterinosi è il morbo di Hand-Schüller-Christian, che ha come fenomeno patologico fondamentale l'insorgenza di un granuloma, il quale solo secondariamente si carica di lipoidi, con la comparsa delle caratteristiche cellule spugnose.

I tentativi di riproduzione sperimentale delle lipoidosi, fatti da vari AA., e largamente estesi dal Relatore con somministrazione ad animali da laboratorio di forti dosi dei vari lipidi, sono riusciti ad ottenere la comparsa negli organi interni e specialmente nella milza e nel fegato di cellule vacuolizzate, infarcite di lipidi che arieggiano agli elementi morfologici caratteristici delle varie lipoidosi. Questo risultato però si può considerare solo come la riproduzione sperimentale di un sintoma morfologico delle lipoidosi, ma non come una vera riproduzione delle malattie stesse.

Per la esiguità dei dati che possono trarsi da questi tentativi sperimentali il R. afferma che tutto quanto si può dire sulla eziopatogenesi, è frutto prevalentemente di ragionamenti, di induzioni e di ipotesi, talvolta di valore temporaneo, aventi però il merito di determinare nuove correnti ed orientamenti utili alla conoscenza del problema.

Il R. insiste sulla sostanziale differenza che esiste tra fosfatidosi e cerebrosidosi da un lato (in cui la infiltrazione lipidica è primitiva) e colesterinosi dall'altro (in cui la infiltrazione lipidica è secondaria al processo granulomatoso caratteristico di quest'ultimo gruppo di lipoidosi).

Nell'interpretare il significato dell'infiltrazione sorge la questione se si tratti della conseguenza di alterate condizioni generali o piuttosto della espressione di una malattia locale cellulare.

A proposito dei fattori generali che possono interferire sul metabolismo lipidico, il R. esamina l'importanza che può essere attribuita, in base alle odierne conoscenze fisiopatologiche, ai fattori ormonali, nervosi, costituzionali e vitaminici.

Riferisce ricerche sperimentali fatte in proposito della Scuola del D'Amato, dalle quali risulta che la influenza delle vitamine ha un significato limitato o secondario sulla patogenesi delle lipoidosi.

Un'altra considerazione merita interesse e cioè quella che origina dal risultato delle ricerche sperimentali. Si è detto che la comparsa di cellule tesaurizzanti avviene negli animali soltanto in seguito alla introduzione di quantità enormi di lipidi somministrati in maniera continuativa; l'organismo normale dunque o elimina la maggior parte dei lipidi introdotti o con maggiore verosimiglianza li brucia; nelle malattie spontanee dell'uomo invece, in cui la introduzione alimentare è limitata, notevoli quantità di lipidi vengono tesaurizzati, poichè le lipoidosi hanno carattere di processi progressivi ed infrenabili. Si deve pensare dunque all'intervento di fattori modificanti il ricambio anche in questo senso, o che l'organismo abbia perduto la capacità di eliminare i lipidi introdotti, ciò che è poco probabile, ovvero che sia diminuita la capacità ad ossidarli od infine che sia aumentata da parte delle cellule, cioè di alcune cellule, la capacità alla fissazione dei lipidi circolanti.

Riassumendo, la patogenesi della infiltrazione lipoidea deve considerarsi sotto i seguenti aspetti:

1) Disturbo generale del ricambio lipidico che porta alla elaborazione di quote lipidiche abnormi e quantitativamente sproporzionate di fronte alle altre frazioni: colesterina, esteri colesterinici, fosfatidi, cerebrosidi, che vengono fissate dalle cellule tesaurizzanti.

2) Diminuita attività dell'organismo alla utilizzazione dei lipidi o da insufficienza metabolica cellulare o da aumentata attività fissatrice delle cellule per determinate quote lipidiche (lipoidoistechia).

Probabilmente queste due condizioni intervengono insieme nella patogenesi delle lipoidosi, intrecciandosi, influenzandosi reciprocamente, diventando l'una funzione dell'altra, a costituire quella costellazione di fattori patologici di Tendeloo, che è ognora il fondamento di ogni stato di malattia.

La Relazione dei proff. D'Amato e Bossa non dà luogo a discussione.

(*Continua*) R.R.

In margine ai congressi medici di Napoli.

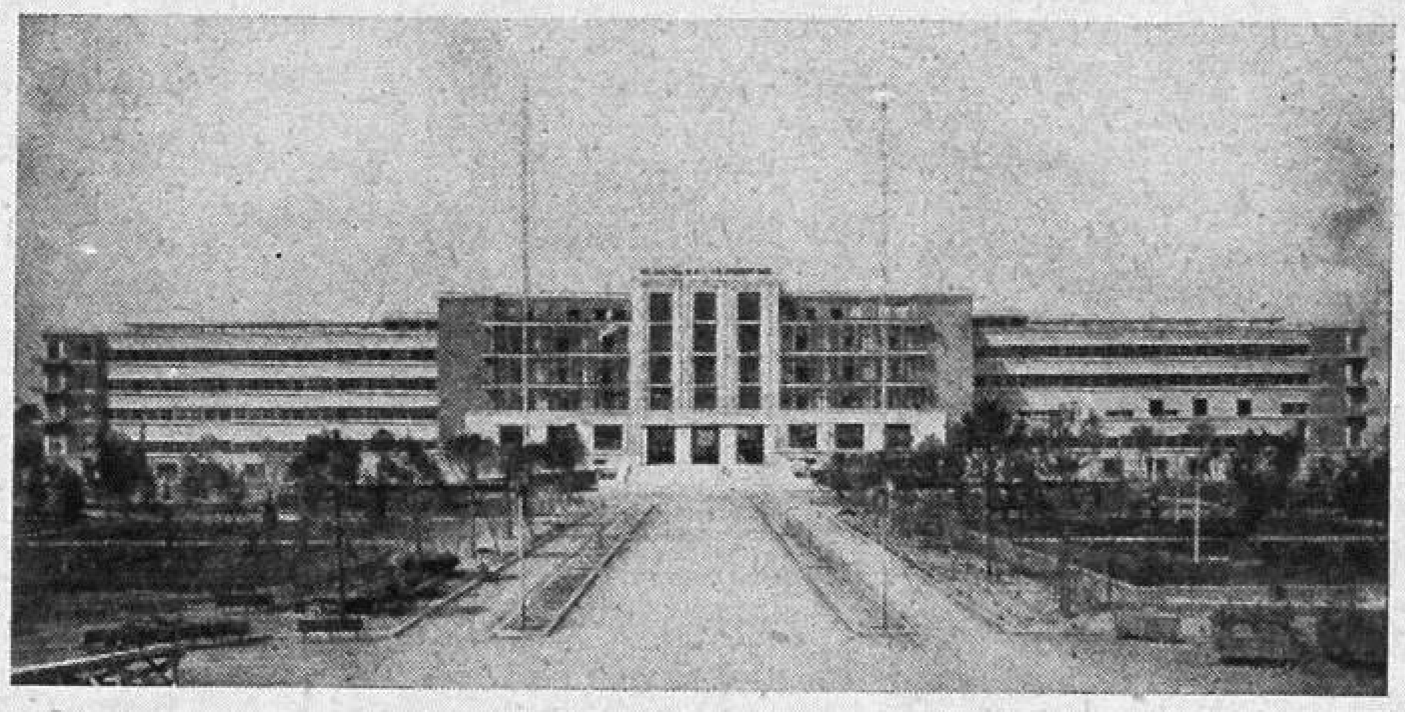
Nei giorni 8 e 9 corr., un folto gruppo di congressisti delle Società di Medicina interna e di Chirurgia ha visitato minutamente il grandioso Istituto Sanatoriale « Principi di Piemonte », che ha iniziato da qualche mese il suo funzionamento.

Situato sulla collina dei Camaldoli, di fronte al maestoso panorama del Vesuvio e del golfo di Napoli, questo importantissimo Centro sanatoriale di 1600 letti, che fa onore all'I.N.F.P.S. e alla tecnica costruttrice ospitaliera italiana, rappresenta una nuova conquista nel campo della lotta antitubercolare italiana, e servirà, particolarmente, al ricovero ed alla cura dei tubercolosi assicurati di gran parte del meridione d'Italia.

Diviso in 5 padiglioni, dedicati alla memoria dei più bei nomi della medicina napoletana del secolo scorso, esso è organizzato a tipo di ospedale-policlinico, e comprende perciò, oltre 16 reparti sanatoriali comuni, anche 2 reparti di chirurgia e di ortopedia, uno di pediatria, uno di maternità, uno di accettazione, uno di osservazione; 3 impianti radiologici di diagnostica e uno di terapia; laboratori centrali modernissimi e perfettamente attrezzati per le ricerche di biochimica, chimica-clinica, istopatologia, fisiopatologia, batteriologia, sierologia; un cinema teatro; 2 chiese per i ricoverati; possiede inoltre magnifici impianti di cucina, centrale termica, lavanderia, ecc.

Attorno al Sanatorio si estendono oltre 20 ettari di parco, frutteto e colonia agricola.

Per convenzione con l'I.N.F.P.S. il Sanatorio è anche sede della Clinica di Tisiologia della R. Università di Napoli, per l'insegnamento della tisiologia ai medici e agli studenti di medicina.



Il direttore, prof. Attilio Omodei Zorini, ha accompagnato i convenuti, che hanno visitato i vari reparti del Sanatorio per oltre 2 ore, ed hanno espresso, alla fine, la loro viva ammirazione per l'alta opera scientifica e sociale svolta dall'I. N. F. P. S., che ha organizzato in Italia la più bella rete sanatoriale del mondo.

Dopo tale visita i convenuti sono stati condotti all'Istituto Sieroterapico Nazionale, ove hanno visitato ed osservato con particolare attenzione i Reparti Sieri e Vaccini e i modernissimi impianti per la produzione dei preparati organoterapici che, seguendo le direttive autarchiche volute dal Duce, potranno svincolare la Nazione dall'importazione straniera. Venne loro offerto un vermut d'onore.

*
* *

I partecipanti ai due Congressi di medicina interna e di chirurgia si sono recati agli Scavi di Pompei e alle Terme di Castellammare, guidati dal sen. Giunio Salvi. Porgendo il saluto di commiato al senatore D'Amato che, come presidente del Congresso, è stato fatto oggetto di una grandiosa manifestazione di plauso, il dott. Giuseppe Alberti ha messo in evidenza quanto questi congressi abbiano contribuito alla coscienza autarchica nel campo idrominerale e farmaceutico. A Pompei scavi hanno rivelato l'esistenza di un perfetto strumentario chirurgico riprodotto per l'occasione dall'artista Gallo.

Prima del rancio di chiusura, offerto dall'Istituto Farmacoterapico Italiano, i Congressisti hanno trattato delle innovazioni autarchiche di questo Istituto, fra le quali è lo sfruttamento del Tymus nepeta nella terapia delle affezioni bronchiali.

I congressisti adunatisi a Napoli hanno inoltre visitato gl'impianti per nuove realizzazioni tecniche autarchiche nel campo farmaceutico della Calosi-Cutolo, ammirandone la perfetta attrezzatura tecnica, la piena efficienza lavorativa, l'ampia capacità e possibilità di ulteriori sviluppi e progressi tecnici e scientifici.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Valutazione clinica dell'attività terapeutica di preparati digitalici.

T. Sessa (*Cuore e circolazione*, agosto 1939) fa giustamente rilevare le notevoli oscillazioni nel titolo di sostanza attiva, che presentano i vari preparati digitalici, l'impossibilità di un preciso dosamento quantitativo e gli inconvenienti dei diversi metodi biologici usati a tale scopo. Il medico non ha, quindi, a disposizione che la valutazione della sintomatologia clinica, che però fornisce un criterio troppo complesso e soggetto a variazioni non sempre bene precisabili.

Tenuto presente che l'azione biologica della digitale si estrinseca essenzialmente nel rendere più veloce la corrente del sangue nel paziente scompensato, l'A. ha ideato e sperimentato un metodo originale per la valutazione clinica dell'attività dei preparati digitalici. Egli, cioè, esegue la determinazione della velocità della corrente sanguigna, mediante il così detto « tempo minimo di circolazione braccio-lingua », che di tale velocità è misura indiretta, ma esattamente proporzionale. Quando si mantengano costanti le altre possibili variabili che possono influire su tale velocità (terapia igienico-dietetica, e di appoggio), gli effetti che si ottengono vanno attribuiti all'azione della digitale.

In linea generale, i cardiopazienti anche se in buono stato di compenso presentano una velocità di corrente sanguigna ritardata in confronto al normale, ritardo che è maggiore nei miocarditici, medio negli aortici e minimo nei mitralici. Le numerose ricerche fatte dall'A., delle quali egli espone i particolari, hanno dimostrato che l'acceleramento della velocità consecutivo alla somministrazione del preparato digitalico è parallelo alla regressione dei fenomeni clinici. In base a tale dato, si può quindi regolare per ogni malato il dosamento quantitativo della digitale da somministrarsi, fino ad ottenere delle condizioni vascolari tali da consentire il ripristino della « velocità ottimale » o quella massima consentibile con le condizioni del caso.

Il metodo è più preciso e sicuro che la valutazione del polso e della pressione e può essere applicato come prova clinica di dosamento dei digitalici, praticabile sui malati stessi.

fil.

Lues ignorata con multiformi manifestazioni circolatorie.

A. Pozzi (*Cuore e circolazione*, luglio 1939) illustra un caso clinico assai complesso, in cui dominano due sintomatologie: l'una prevalentemente nervosa, costituita da accessi saltuari di breve perdita di coscienza, con scosse tonico-cloniche e, da ultimo, da fatti di emiplegia ed emiparesi; l'altra spiccatamente circolatoria. All'esame clinico, oltre ad una pressione di 190-98 e la bradicardia a 38-40, non appariva che un notevole disturbo del ritmo, di aritmia senza ritmo dominante; all'esame elettro-cardiografico, si rivelava un flutter auricolare con blocco completo, per cui era da ammettere un disturbo di funzione del sistema specifico atrio-ventricolare. Tali fatti erano da attribuire ad arteriosclerosi, di cui però non risultava chiara la causa, non essendosi il paziente sottoposto ad azione di tossici (alcool, tabacco, piombo) e risultando nell'anamnesi una Wassermann negativa, con assenza di fatti iniziali o secondari di lues.

L'esame radiologico del torace dimostrò la presenza di due grossi aneurismi aortici, che erano rimasti completamente muti alla sintomatologia clinica, mentre la Wassermann fu riscontrata completa.

Ammessa così la lues, confermata anche dalle lesioni aneurismatiche aortiche, risultavano attribuibili ad essa anche gli altri fatti circolatori: arterite cerebrale responsabile dei fenomeni emiplegici e miocardite interstiziale responsabile del deficit funzionale del fascio di His.

Il caso, di cui ho qui ridotto la descrizione al minimo, si presenta interessante anche per le considerazioni che l'A. vi fa dal punto di vista della clinica generale. Esso ci si presenta, di fatto, come un quadro complesso (con alterazioni del ritmo cardiaco, lesioni aortiche e disturbi nervosi da compromissioni vascolari) a base del quale si trova una lues ignorata, con punti di attacco multipli.

Risalta, poi, l'importanza degli esami di laboratorio, quali la radiologia, che ha rivelato gli aneurismi che altrimenti sarebbero rimasti ignorati, e l'esame elettrocardiografico, che ha chiarito l'aritmia. D'altra parte, il laboratorio aveva dimostrato la sua fallacia con la negatività della Wassermann mantenutasi a lungo negativa in un'infezione luetica così progredita. Clinica e laboratorio debbono, quindi, integrarsi a vicenda per l'interpetrazione dei quadri morbosi complessi presentati dai pazienti.

fil.

Contributo alla roentgenterapia della disbasia angiosclerotica.

Poichè non è possibile provocare una regressione delle alterazioni vasali arteriosclerotiche che determinano il sintomo della disbasia o claudicazione intermittente, i vari procedimenti terapeutici mirano soltanto a migliorare funzionalmente il circolo collaterale nelle estremità inferiori: o aprendo risp. dilatando

arteriole o capillari preesistenti oppure stimolando una accelerata neoformazione di vasi collaterali. Alcuni procedimenti terapeutici agiscono direttamente sui vasi periferici per via meccanica, termica o umorale (diatermia, onde corte, bagni alternati, nitriti, papaverina, iniezioni endovenose di cloruro di sodio, somministrazione dell'ormone sessuale femminile, ecc.) altri tendono ad abbassare il tono delle pareti vasali eliminando gli impulsi simpatico-vasotonizzanti o per via chirurgica (simpatectomia periarteriosa, sezione dei rami comunicanti riduzione del tessuto surrenale, anestesia novocainica paravertebrale, ecc.) oppure per mezzo di irradiazioni Roentgen sulle capsule surrenali o sul simpatico lombo-sacrale con le sue diramazioni periferiche. Questi ultimi metodi vennero applicati in 27 casi di disbasia angiosclerotica da W. Raab (*Mediz. Klin.* 28 aprile 1939) che ottenne in 16 di questi casi un evidente miglioramento soggettivo; 21 casi vennero trattati con irradiazioni surrenali (campo 10 × 15 cm.; serie di 6 sedute; ogni seduta di 200 r con filtro 0,5 mm Cu e 1 mm Al, con 180 kV e 4 mA), 11 di essi anche con irradiazioni lombosacrali (8 campi paravertebrali e gluteali; 8 sedute di 200 r ognuna, filtri e corrente come sopra). In 3 casi solo irradiazioni lombosacrali. Miglioramento in 16 casi, cioè nel 60 %: in genere esso si manifestava solo qualche tempo (1/2-2-3 mesi) dopo le irradiazioni. In 6 casi il miglioramento fu soltanto lieve, in 7 casi i pazienti durante 2 1/2-10 mesi accusarono solo lievi disturbi ed erano in grado di camminare per tratti abbastanza lunghi e di far salite, mentre in altri 3 casi il miglioramento durò più a lungo, 13-15 mesi. In 6 tra i casi migliorati si ebbero recidive, dopo 2 1/2, risp. 5, 5, 7 e 9 mesi. Evidentemente le irradiazioni agiscono solo sintomaticamente sullo stato di tono dei vasi spasticamente ristretti e non riescono ad arrestare il progresso del processo arteriosclerotico. Non esiste alcun segno obbiettivo da cui si possa arguire se un paziente reagirà o meno favorevolmente alle irradiazioni: non sono a tale riguardo decisivi nè il grado dei disturbi soggettivi, nè il comportamento del polso arterioso, nè la presenza o assenza di disturbi trofici. In 5 tra i casi soggettivamente migliorati lo stato obbiettivo era perfin peggiorato, in 9 casi era invariato. In complesso i risultati della Roentgenterapia nella disbasia angiosclerotica non si possono dire superiori a quelli che si ottengono con gli altri metodi terapeutici: essi non sono loro però neppure inferiori, e in singoli casi sono da preferirsi ad essi.

P.

La cura dello stato asmatico con gli chocs insulinini ripetuti.

I. Minet e H. Warenbourg (*Paris Médical*, 29 aprile 1939) hanno tentato la cura dello stato asmatico mediante chocs insulinici ripetuti. Questi vanno riservati ai casi nei quali cure più semplici sono rimaste inefficaci, e sono comunque preferibili all'anastesia cloroformica che dà effetti transitori e non sempre è scevra di pericoli, e dall'ascesso di fissazione.

La terapia insulinica è particolarmente indicata nelle forme di asma di origine bronchiale, mentre dà risultati meno favorevoli in quelle nelle quali ha una parte preponderante il processo anafilattico.

Il trattamento è controindicato quando coesiste l'insufficienza renale e sopratutto l'insufficienza cardiaca.

L'insulina viene iniettata quotidianamante a dosi progressive cominciando con 10 unità ed aumentando di 10 unità al giorno. Si cessa di aumentare la dose al primo apparire di diminuzione della dispnea ed in rapporto alla intensità dello choc. In genere questo doppio scopo si raggiunge tra le 60 e le 90 unità.

Occorre cercare di spingere l'infermo fino al limite del coma senza però che questo si prolunghi. Eventualmente il coma si combatte subito con la somministrazione di zucchero per la via orale o mediante la sonda nasale.

In quattro casi si ebbe sempre l'alleviamento dello stato di male di asma con risultati in genere duraturi: in un caso le crisi riapparvero poco dopo la cura ed in un altro sei mesi dopo.

Il meccanismo di azione è ancora molto oscuro. È probabile che l'ipoglicemia privando le cellule nervose del glucosio le renda incapaci di utilizzare l'ossigeno. L'anossiemia o l'asfissia della cellula nervosa provocherebbe la guarigione dell'asma attraverso un'intensa eccitazione del simpatico.

Dr.

La cura dell'asma bronchiale coll'ormone gonadotropo di Zondek (prolan).

L. Capani (*La Clinica medica ital.*, maggio gio-agosto 1939) ricorda che la cura definitiva dell'asma è rara ad attuarsi perchè nel maggior numero dei casi si riduce ad una cura sintomatica con adrenalina, atropina, sigarette di stramonio e perchè, nei casi in cui l'allergene è identificato e si fa la desensibilizzazione specifica compare spesso sensibilità ad un altro allergene. Egli cita una vasta statistica inedita del Condorelli, il quale ha curato oltre cento casi di asma bronchiale con prolan, partendo dall'osservazione di una signora che era rimasta esente da attacchi asmatici solo durante la gravidanza e nella quale l'asma scomparve definitivamente dopo la cura col prolan.

Ricerche fatte per svelare il meccanismo di azione del prolan nell'asma dimostrarono a Minnini che esso non ha azione antianafilattica e a Scaffidi che non agisce sui muscoli bronchiali.

Condorelli consiglia di usare così il prolan: 300 U. T. al giorno nella prima settimana, in

tre iniezioni, 200 nella seconda settimana in due iniezioni e 100 nella terza e quarta settimana in una sola iniezione.

L'A. descrive 20 casi di asma così trattati. In 9 ebbe guarigione praticamente completa e definitiva, in 6 diminuzione del numero degli attacchi e della loro violenza, in 5 miglioramento netto ma non guarigione.

Il prolan non cura l'accesso asmatico. Secondo Condorelli agisce modificando il terreno organico e non agendo direttamente sul sistema neuro-vegetativo nè inibendo direttamente la crisi anafilattica.

Secondo l'A. è il metodo più efficace e più moderno di cura dell'asma. L.

MEDICINA SCIENTIFICA

Controllo biologico dei preparati antianemici.

Al meccanismo di produzione della sostanza antiperniciosa, la quale si accumula nel fegato (forse in forma inattiva, paragonabile al glicogene nei rapporti col glucosio) partecipano due princìpi, la cui interazione, che si svolge nello stomaco e nei primi tratti dell'intestino, dà come prodotto risultante la sostanza antiperniciosa.

Uno di tali principi è esogeno, introdotto con i cibi, e probabilmente ha natura vitaminica; l'altro è endogeno od intrinseco e la produzione di esso è funzione specifica della parete gastrica.

Il fegato contiene in grande quantità il principio esogeno, sostanza che nella preparazione degli estratti epatici rimane, per gran parte, nel residuo, dopo l'estrazione. Gli estratti epatici anti-anemico-perniciosi contengono invece, secondo le più recenti vedute, la sostanza antiperniciosa completa ed un lieve eccesso di principio esogeno.

Gli estratti epatici in parte agiscono per sostituzione, in virtù del principio antiperniciosо completo che, immesso in circolo, normalizza l'attività del midollo osseo, correggendone la metaplasia megaloblastica. Un altro meccanismo è stato messo in evidenza da L. Lami, il quale constatò che il trattamento intensivo parenterale con estratti epatici esalta fortemente, nei soggetti normali, il potere reticolocitogeno del succo gastrico.

Il succo gastrico estratto dopo istamina, filtrato e neutralizzato, iniettato nella quantità di 2-3 cmc., a ratti od a topi bianchi, si dimostra in grado di far aumentare il tasso dei reticolociti nel sangue da 20 a 50-70 per mille (prova di Singer), dopo 2-3 giorni. Ma tale aumento è molto più forte se l'individuo viene trattato parenteralmente con estratti epatici attivi.

Poichè la prova di Singer è considerata come espressione della presenza, nel succo gastrico, del principio endogeno di Castle (essa riesce negativa nell'anemia perniciosa non trattata), si può concludere che gli estratti epatici stimolano la produzione del principio endogeno da parte dello stomaco.

Questa proprietà, è stata considerata da G. Lami come specifica degli estratti epatici, è ora proposta dallo stesso A. come testo biologico per saggiare l'attività antianemica degli estratti epatici (*Rassegna di Fisiopatologia, Clinica e Terapeutica*, sett. 1939). Egli ha visto che, adoperando estratti, dimostrati dall'esperienza clinica come forniti di scarsa o nulla attività anti-anemico-perniciosa, gli aumenti del potere reticolocitogeno del succo gastrico sono scarsi o nulli. Estratti attivi e concentrati, invece, producono netti e fortissimi aumenti (tassi reticolocitari in ratti e topi bianchi di 100-200 per mille e più).

Il nuovo testo del Lami è interessante, in quanto si riferisce ad una proprietà che sembra essere specifica degli estratti epatici attivi. Metodi biologici per la dimostrazione dell'attività degli estratti epatici erano stati proposti in gran numero (è questo un indice dell'interesse del problema), ma nessuno finora si era dimostrato valido ed attuabile. La prova sull'uomo ammalato di anemia perniciosa, e non trattato, offriva evidenti difficoltà, date sopratutto dalla scarsa possibilità di avere a disposizione simili pazienti e dalla non uniforme rispondenza dei vari casi di anemia perniciosa all'azione degli estratti epatici. Sono da augurarsi indagini di controllo, sopra un argomento importante anche dal punto di vista autarchico. A. G.

VARIA

L'anatomia in Omero.

I poemi omerici, che si ritiene di potere riferire al IX secolo prima di Cristo, possono dare un'idea delle nozioni anatomiche del tempo, considerando soprattutto la descrizione delle ferite degli eroi. Si fa un cenno alle regioni più vulnerabili, quali le tempia, il fegato, la base del collo. Omero fa menzione delle ossa e delle articolazioni e dà al midollo spinale lo stesso nome che il midollo osseo e noi stessi, del resto, non li differenziamo che per l'aggiunta dell'aggettivo, il che significa che, nei primi concetti, essi sono stati assimilati.

Omero non ignorava la presenza dei vasi, rilevando che se alcuni non danno sangue, altri invece ne lasciano spicciare un getto rutilante. Egli menziona altresì le quattro principali regioni del cranio che circondano il cervello (frontale, bregmatica, occipitale e temporale), il collo con la trachea-arteria, e l'esofago, il diaframma, che separa le cavità del corpo in due piani, il superiore, che comprende il cuore ed i polmoni e l'inferiore, che va dall'ombelico agli organi genitali e che contiene l'intestino, l'epiploon, i reni e la vescica. La stessa terminologia omerica si trova anche nelle opere di epoche posteriori. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

MACERATA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico del I Gruppo di Sezione Dispensariale (Camerino e Tolentino); stip. L. 15.000 e 4 quadrienni dec.; indenn. trasp. L. 5000; età limite 35 a. al 14 ott.; titoli. Scad. ore 17 dell'1 dic.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Primario urologo; stip. annuo L. 4000; età limite 45 a. al 15 ott. Scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

SONDRIO. — È aperto un concorso per titoli al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Sondrio. Per tutte le condizioni: stipendio, indennità, altre modalità, ecc., vedere a pagina 1992 del precedente n. 46. Scadenza ore 12 del 31 gennaio 1940.

Borse di studio.

Il concorso bandito dal Ministero dell'interno per 10 borse di studio, per tirocinio di addestramento nella lotta contro la tubercolosi e 10 borse di studio per tirocinio di addestramento sulla lotta contro il cancro, è prorogato al 30 nov.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il premio Nobel di fisiologia e medicina per il 1938 è stato assegnato al dott. Corneille Heymans, professore all'Università Gand (Belgio), per i suoi lavori sul seno carotideo e sulla regolazione della circolazione; quello per il 1939 è stato assegnato al dott. Gerhardt Domagk, delle fabbriche di medicinali Bayer e Elberfeld, consacrando così il grande merito della sua scoperta sull'attività antibatterica dei sulfanilamidi.

In omaggio alle disposizioni vigenti nel Reich, il prof. Domagk ha rifiutato il premio.

Su proposta di S. E. il Ministro dell'Interno, S. M il Re d'Italia ed Imperatore ha nominato grand'ufficiale della Corona d'Italia il prof. Aurelio Fiori Ratti.

Al distinto professionista, i nostri cordiali rallegramenti.

Riportiamo i risultati dei concorsi alle cattedre universitarie sotto indicate:

Patologia generale nella R. Università di Bari: 1) Rezzesi Francesco, 2) Solarino Giuseppe, 3) Michelazzi Luigi.

Clinica oculistica nella R. Università di Perugia: 1) Caramazza Filippo, 2) Favaloro Giuseppe, 3) Bencini Alberto.

Anatomia e istologia patologica nella R. Università di Sassari: 1) Giunti Giulio, 2) De Gaetani Giovannino, 3) Severi Lucio.

Radiologia nella R. Università di Bologna: 1) Palmieri Gian Giuseppe, 2) Rossi Armando, 3) Milani Eugenio.

Clinica ortopedica nella R. Università di Napoli: 1) Delitala Francesco, 2) Calandra Edoardo, 3) Marino Zuco Carlo.

Patologia speciale chirurgica e propedeutica clinica nell'Università di Sassari: 1) Valdoni Pietro, 2) Redi Rodolfo, 3) Agrifoglio Angelo Mario.

Patologia speciale e Medica e Metodologia clinica nella R. Università di Cagliari: 1) Pellegrini Giuseppe, 2) Bossa Guido, 3) Dogliotti Giulio Cesare.

Clinica otoiatrica nella R. Università di Cagliari: 1) Caliceti Pietro, 2) Malan Arnaldo, 3) Vidau Giuseppe.

Idrologia Medica nella R. Università di Roma: 1) Messini Mariano, 2) Silvestri Silvestro, 3) Pisani Sante.

Clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Cagliari: 1) Vozza Francesco, 2) Motta Giuseppe, 3) Paroli Giovanni.

Il prof. Izar Guido, dalla cattedra di Clinica medica generale e terapia medica della R. Università di Messina passa alla cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Siena dal 29 ottobre 1939-XVIII.

Il prof. Bompiani Gaetano, dalla cattedra di Anatomia e istologia patologica nella R. Università di Siena passa alla cattedra della stessa disciplina nella R. Università di Parma dal 29 ottobre 1939-XVIII.

NOTIZIE DIVERSE

Corso di perfezionamento in igiene e tecnica ospitaliera.

Per favorire la preparazione del personale Sanitario che, in seguito alle disposizioni del nuovo Regolamento generale Ospitaliero, sarà chiamato a dirigere gli Ospedali, il Ministro dell'Educazione Nazionale ha autorizzato l'Istituto d'Igiene della R. Università di Milano, ad aprire un Corso di Perfezionamento in Igiene e Tecnica Ospitaliera, patrocinato dal Ministero dell'Interno, Direzione Generale di Sanità, coll'adesione dell'Associazione Nazionale degli Ospedali Italiani e del Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano.

Il Corso avrà la durata di un anno scolastico, e avrà inizio l'8 gennaio prossimo.

Al detto Corso, possono partecipare i laureati in Medicina e Chirurgia da almeno due anni, che siano in possesso del diploma del Corso bimestrale complementare in Igiene pratica per aspiranti a posti di Ufficiale Sanitario, e coloro che hanno prestato almeno un anno di servizio effettivo o volontario presso Istituti Universitari o pubblici Ospedali od Uffici Sanitari dello Stato, delle Provincie e dei Comuni.

Possono inoltre parteciparvi, in qualità di uditori e frequentare le lezioni teorico dimostrative, gli ingegneri, gli architetti ed i funzionari amministrativi ospitalieri.

Ai partecipanti al Corso dopo le prove di esame, fatte da apposita Commissione, verrà rilasciato un diploma.

Agli uditori verrà rilasciato un certificato di frequenza.

La domanda di ammissione al Corso, in carta bollata da L. 4; dovrà essere presentata non più tardi del 31/12/1939-XVIII alla Segreteria della R. Università di Milano (Corso Roma, 10) e dovrà essere corredata dai certificati dimostranti i titoli suindicati per l'ammissione.

Per ulteriori informazioni, gli interessati potranno rivolgersi al R. Istituto d'Igiene della R. Università di Milano (via Ospedale 3).

La " Leva civile del sangue ,,.

L'Associazione Volontari Italiani del Sangue, ha rivolto in questi giorni un appello a tutti i cittadini, nel quale è detto che dalle statistiche rigorosamente ricavate si rileva come nella guerra mondiale oltre 200.000 giovani combattenti italiani lasciarono la vita sul campo di battaglia e nelle città soggette agli attacchi nemici, in seguito a violente emorragie causate da ferite di guerra.

Tante generose esistenze possono essere salvate oggi mediante la *trasfusione del sangue*, resa possibile dalle moderne acquisizioni tecniche e scientifiche.

Il Ministero dell'Interno, di intesa con quello della Guerra, è perciò venuto nella determinazione di creare alcuni centri di raccolta e di conservazione di sangue fra la popolazione civile, sì da fronteggiare prontamente le dolorose esigenze delle truppe combattenti e dei cittadini esposti ai pericoli nelle grandi città, qualora squillasse anche per l'Italia la diana di guerra.

La Principessa di Piemonte è già da tempo tra i Soci, iscritta alla sezione napoletana dell'A.V.I.S.

Il dovere incombe particolarmente a tutti i cittadini dai 16 ai 60 anni non soggetti agli obblighi di leva, qualunque sia la loro condizione sociale, il loro sesso.

Uomini, donne, sacerdoti, mutilati, operai, impiegati, professionisti, tutto il popolo d'Italia risponda con entusiasmo a questa nobile opera di solidarietà umana, sì che la *Leva Civile del sangue* completi subito i suoi quadri.

I preparati sussidiari del chinino soggetti a monopolio statale.

Con decreto del Ministro delle Finanze è stato disposto che la fabbricazione e la vendita in Italia dei preparati sussidiari del chinino, che il Consiglio Superiore di Sanità designa come utili nella cura della malaria, sono riservati all'Amministrazione del monopoli di Stato, la quale con le norme e cautele che riterrà necessarie, potrà autorizzare ditte private tanto alla preparazione come alla vendita nel Regno dei medesimi.

I prodotti accennati, quando siano ammessi alla vendita nel Regno, sono sottoposti al pagamento di un diritto a favore dell'Amministrazione dei monopoli di Stato, nella misura di lire quattrocento al chilogramma netto per l'Atebrina, l'Italchina e la Chemiochina, e di lire tremila al chilogramma netto per la plasmochina.

Le specialità farmaceutiche contenenti, in qualsiasi quantità, i preparati di cui sopra, quando siano ammesse alla vendita nel Regno, sono del pari assoggettate al pagamento del diritto a favore dell'Amministrazione dei monopoli, da calcolarsi sulla base della misura su indicata e proporzionalmente al quantitativo dei preparati medesimi in esse specialità contenuti.

In memoria di Giorgio De Blasi.

Nella ricorrenza del quarto anniversario della gloriosa fine del giovane Eroe Giorgio De Blasi, sottotenente di complemento della R. Aeronautica, e studente del 5° anno di Medicina nella R. Università di Roma, caduto nel cielo di Littoria, in un audace volo di addestramento bellico, il 14 ottobre 1935-XIII, ha avuto luogo la cerimonia commemorativa costituita dall'ufficio funebre nella Chiesa parrocchiale di Littoria e dalla visita di omaggio al Cippo romano eretto sul lido di Capo Portiere, sul luogo stesso dell'eroico sacrificio.

Intorno a S. E. l'Accademico d'Italia prof. Dante De Blasi, padre dell'Eroe, alla madre, alle sorelle, ai congiunti tutti, si sono stretti, come ogni anno, i compagni del caduto — aviatori e studenti — e gli allievi del maestro, e innumerevoli voci di memore rimpianto sono pervenute alla famiglia De Blasi da ogni parte d'Italia.

In quest'anno è stato assegnato per la prima volta il « Premio Giorgio De Blasi » dovuto ad analoga fondazione creata presso la R. Università di Roma.

Il premi, di lire 1400, è stato conferito, per deliberazione del Magnifico Rettore della R. Università di Roma, su proposta del Preside della Facoltà Medico-chirurgica, al giovane Pietro Li Voti, di Giuseppe, che fra tutti i numerosi suoi compagni di corso nell'Università di Roma è risultato avere la più brillante carriera.

Altra degna iniziativa, per onorare la memoria di Giorgio De Blasi, è stata realizzata in questo

anno intitolando al suo nome la nuova Sala operatoria dell'Ospedale Civile di Fondi: uno dei maggiori centri ospedalieri della Provincia di Littoria. L'iniziativa è dovuta al medico provinciale di Littoria, prof. dott. Gaetano Del Vecchio.

Azioni giudiziarie.

Nell'ottobre 1937 tale Mario Dondi era ricoverato nell'ospedale di Vigevano perchè affetto da polmonite con febbre alta. La sera seguente il Dondi, mentre l'infermiere si trovava in uno stanzino attiguo per preparare una bombola di ossigeno, si levava dal letto e usciva dal padiglione. Dopo qualche minuto un altro ammalato avvertiva l'infermiere che il Dondi era uscito, ma per quante ricerche si facessero questi non fu trovato. Soltanto il giorno dopo si rinvenne il cadavere dell'infelice annegato in uno stagno fuori del parco dell'ospedale.

La vedova del Dondi convenne l'ospedale dinanzi al Tribunale di Vigevano chiedendo il risarcimento dei danni per la morte del marito, che attribuiva a difetto di custodia. Il Tribunale di Vigevano prima e la Corte di Milano poi respinsero la domanda affermando il principio che gli enti pubblici incontrano responsabilità solo quando contravvengano a esplicite norme di leggi o regolamenti o non si attengano a regole di comune prudenza, esendo insindacabile il modo come essi provvedono alla propria organizzazione ed escludendo che, nel caso, fosse riscontrabile una contravvenzione a quei princìpi, dato che lo stato di tranquillità del malato e la diagnosi fatta non esigevano un particolare piantonamento dell'infermo.

La Dondi, ricorse in Cassazione e il P. M. ha concluso per il rigetto del ricorso dovendo ritenersi non censurabile il giudizio della Corte di Milano sul comportamento dell'ospedale.

L'Associazione Medica Americana aveva deliberato di cancellare i membri che avessero accettato di prestare la loro opera in certe cooperative sanitarie, a condizioni poco decorose per la professione. La misura destò scalpore, sovrattutto perchè la prima cooperativa del genere era costituita da funzionari statali. Il Governo procedette contro l'Associazione, come pure contro alcune sezioni locali e contro i principali esponenti di essa, in primo luogo il dott. Morris Fishbein, redattore-capo del periodico dell'Associazione. L'accusa sosteneva che il provvedimento dell'Associazione fosse contrario alla legge Shermann (1914) contro i trusts. Il Tribunale di prima istanza dette torto al Pubblico Ministero. Poi la vertenza è giunta alla Corte suprema di Washington, la quale ha rifiutato la revisione del processo.

L'Associazione Medica Americana così ha riportato una vittoria contro la socializzazione della medicina e contro il mutualismo.

Un po' dovunque.

La Presidenza del IV Congresso internazionale di otorinolaringologia, che doveva aver luogo ad Amsterdam nel luglio 1940, comunica che, date le condizioni politiche, ha dovuto prendere la decisione di aggiornare il Congresso stesso per un periodo indeterminato.

La Sovrana ha visitato il Sanatorio di Cisanello e l'Istituto delle suore crocerossine di Lari, in provincia di Pisa.

Lord Dawson ha criticato, sul « Times », l'improvvisazione di alcune misure di guerra, nei riguardi sanitari. Per es., si è dimenticato che Londra, dopo essere stata evacuata dei bambini, dei vecchi, dei convalescenti e dei malati, conservava però ancora molta popolazione soggetta ad ammalarsi e che molti ammalati dovevano essere ricoverati, mentre gli ospedali non funzionavano più, sovratutto per mancanza di medici. Ora si va provvedendo. Sono anche sorte interferenze tra autorità civili e militari, con duplicati; potranno eliminarsi mediante un piccolo « Comitato di coordinazione ».

In Francia dei 28.000 medici il 77 % sono stati mobilitati (di questi 72 % vestono la divisa militare e 5 % prestano servizio militare parziale); restano solo 6000 medici circa addetti ai servizi civili, in gran parte anziani. Quindi l'assistenza medica risulta difettosa; in molte cittadine e in vaste zone rurali, essa manca del tutto.

Tutte le Facoltà mediche francesi si sono riaperte il 18 ottobre, salvo quella di Strasburgo.

A Parigi le riduzioni della popolazione, dei malati e dei medici, hanno avuto per conseguenza la chiusura di un certo numero di servizi ospedalieri. Alcuni di questi sono stati riaperti recentemente, assicurandone il funzionamento con medici « onorari »; così il dott. Hartmann ha assunto tre servizi di chirurgia al Bichat; il dott. Cathala ha assunto la maternità nello stesso ospedale.

Nella Facoltà medica di Parigi, il 52 % dei professori, il 35 % degli assistenti e degli aggregati e il 90 % dei capi di laboratorio e dei prosettori sono stati mobilitati; perciò l'insegnamento risulta molto imperfetto. A ciò concorre anche il fatto che gli apparecchi più delicati e costosi, le raccolte dei musei e molta parte dei libri, sono al sicuro dagli attacchi aerei, ma inutilizzabili. Si compiono corsi accelerati e si promuovono con facilità i candidati in divisa: uno dei mali della guerra sarà, dunque, la formazione di medici mal preparati ai loro compiti.

In Francia un decreto recente ha ridotto, per tutti i periodici, alla metà il quantitativo di carta che utilizzavano prima delle ostilità. L'efficienza dei giornali medici viene ad essere molto menomata, proprio mentre è più sentito il bisogno di diffondere nozioni di medicina e igiene di guerra. (Evidentemente i giornali medici non andrebbero equiparati a quelli di lettura amena).

La « Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux », l'ottimo periodico diretto dal prof. J. Sabrazès, ha sospeso temporaneamente le pubblicazioni.

Il « Progrès médical » è divenuto quindicinale.

La Casa degli studenti belgi, sorta a Parigi nella città degli studenti, è stata trasformata in ospedale militare, conformemente alla volontà della fondatrice, signora Biermans-Lapôtre. L'autorità militare, in riconoscimento del gesto compiuto, ha deciso di dare alla formazione il nome di « Ospedale degli studenti belgi ».

Nella Facoltà medica di Bogotá si è svolta, dal 10 al 15 luglio, una « settimana della cataratta », consistente in lezioni, conferenze, dimostrazioni, esercitazioni; il programma è pubblicato in « Revista de la Facultad de Medicina » (v. VIII, n. 61).

Il celebre chirurgo spagnolo dott. Gomez Ulla è stato eletto membro titolare dell'Accademia reale di medicina di Madrid. Il dott. Ulla, medico militare, rimasto a Madrid durante la guerra civile, era stato costretto ad operare sotto una scorta di armati. Per un tentativo di evasione, egli venne condannato a morte: potè essere salvato solo grazie ad un intervento attivo della presidenza dell'Associazione internazionale di chirurgia » e ne fu operato lo scambio con un prigioniero dell'esercito di Franco.

Il ministro dell'interno della Germania ha stabilito che il medico ha l'obbligo di denunzia dei celtici, quando questi si sottraggono alle cure prescritte. Il medico ha anche l'obbligo di ricorrere a tutti i mezzi possibili per scoprire la fonte del contagio e, se necessario, di procedere ad un'inchiesta.

In Inghilterra, lungo alcune coste dirupate (il cui colore bianco fece dare ad esse il nome di Albione) si trovano delle grotte, che ora si pensa ad utilizzare per farne degli ospedali capaci di almeno 15.000 posti; esse offrirebbero una sicurezza assoluta contro gli attacchi aerei. Già si è allestita una maternità con 500 letti.

Le due associazioni mediche « Féderation Médicale Belge » e « Algemeen Vlaamsch Geneesheerenverbond » (che rappresentavano, rispettivamente, il Belgio vallone e il Belgio fiammingo) si sono fuse nel « Medicorum Collegium Belgicum » con sede a Bruxelles, boulevard de Waterloo 54; esso verrà diretto dai due presidenti.

Nel Belgio, con decreto reale in data 18 settembre, si è istituito, nelle due università statali (di Gand e di Liegi), il diploma di medico igienista; per conseguirlo occorre avere il diploma di medicina, chirurgia e ostetricia, frequentare una serie di corsi per la durata di un anno e superare un esame. Il nuovo diploma risponde agli sviluppi crescenti dell'igiene applicata.

Il prof. Pietro Cignolini di Genova ha tenuto a Milano, nella « Mostra delle invenzioni », una conferenza sulla « Roentgencinematografia della tosse »

In Germania il bisogno di ampie disponibilità di letti ospedalieri, per fronteggiare le possibili esigenze belliche, ha indotto le autorità sanitarie a far limitare molto le accettazioni dei malati negli ospedali e negli altri istituti di cura Ad es. il Ministero dell'interno ha disposto che le donne gestanti non debbano essere ricoverate nelle cliniche ostetriche o nelle maternità, qualora si preveda un parto normale.

L'Istituto di medicina sperimentale « A. M. Gorki » di Mosca — una delle grandi creazioni del regime sovietico — verrà ancora ingrandito, fino a renderlo mostruoso. Sopra un'area di 85 ettari sorgerà una vera cittadina, con 11 padiglioni; all'uopo si sono stanziati 89 milioni di rubli. La costruzione dovrà essere ultimata nel 1942. L'istituto conterà fino a 3000 collaboratori. Uno dei padiglioni è riservato alla sintesi di nuovi medicinali. Tra le attrezzature dell'Istituto saranno un apparecchio Roentgen a 500 kilowatts, un microscopio elettronico da 100.000 diametri, un'ultra-centrifuga capace di 40.000 giri al minuto, un apparecchio dell'accademico P. L. Kapize per la produzione di aria liquida.

È morto in età di 81 anni il prof. RICCARDO JORGE, emerito dell'Università di Lisbona; più volte fu direttore generale della sanità nel Portogallo e da tempo rappresentava questo Paese nell'Organizzazione d'igiene della Società delle Nazioni. Ha compiuto studi apprezzati sulla febbre tifoide e sulla febbre gialla.

È deceduto a Filadelfia, in età di 80 anni, povero ma celebre, il dott. HANRY HASCLOCK ELLIS, specializzatosi nello studio dei problemi sessuali; perseguitato in Inghilterra per immoralità, si rifugiò negli Stati Uniti, ove pubblicò numerosi lavori.

Registriamo con rammarico le perdite: del prof. FILIBERTO BAFFONI-LUCIANI, stimato ostetrico-ginecologo di Roma, mutilato di guerra; del dott. ANTONIO SEMINERIO, medico valente di Grotte (Agrigento), ove fu sindaco e podestà.

Indice alfabetico per materie.

Acqua: traversata dell'— e determinismo degli edemi . . . . *Pag.* 2020
Anatomia in Omero . . . . » 2036
Antianemici: controllo dei preparati . . » 2036
Asma: cura . . . . » 2035
Bibliografia . . . . » 2022
Digitalici: preparati —: valutazione dell'attività terapeutica . . . . . » 2032
Gas aggressivi: difesa e pronto soccorso nei colpiti da . . . . » 2013
Ipovitaminosi secondarie . . . . . . » 2002
Lipoidosi . . . . *Pag.* 2025
Lues ignorata con multiformi manifestazioni circolatorie . . . . . . » 2032
Malattie: reazioni dell'organismo alle cause esterne delle — . . . . . . » 2019
MARAGLIANO E.: discorso . . . . . . » 2025
Prova del ramnosio del Castellani: significato e valore diagnostico . . . . » 1999
Roentgenterapia della disbasia angioneurotica . . . . » 2032

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 27 Novembre 1939 - XVIII Num. 48

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65

Cumulativi:	Italia	Estero
(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Osservazioni cliniche: D. Alessi: Neurinoma della coda equina in morbo di Recklinghausen: ischialgia come unica manifestazione clinica.

Note e contributi: G. Ghisio: La reazione verde nell'ittero da leptospire.

L'attualità scientifica: A. Filippini: Nuove concezioni sulla patologia della malaria.

Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: I. Barnes Burt: Diagnosi e trattamento della sciatica vera. — J. A. Ryle: Le neurosi viscerali. — PRONTO SOCCORSO: G. W. Freytag: Prime cure nelle lesioni oculari.

Cenni bibliografici.

I Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia: XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna. — Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Appunti per il medico pratico: DIAGNOSTICA: Le punture di morfina nella diagnosi di affezioni di vasi e nervi periferici. — TERAPIA: Il trattamento medico delle pleuriti purulente non tubercolari. — Tentativo di cura della malattia di Eberth mediante il giallo d'acridina. — Le proteine nel trattamento della nefrite. — Metabolismo dell'acqua e sua sostituzione in clinica chirurgica. — MEDICINA COLONIALE: Febbre climatica massauina estiva. — VARIA.

Nella vita professionale: Cronaca del movimento corporativo. — Medicina sociale. Insegnamento superiore. Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA DELLE MALATTIE NERVOSE E MENTALI DELLA R. UNIVERSITÀ DI MILANO
Direttore: prof. CARLO BESTA

Neurinoma della coda equina in morbo di Recklinghausen: ischialgia come unica manifestazione clinica.

Dott. DAVIDE ALESSI, assistente.

La neurofibromatosi diffusa, se oggi è ormai sufficientemente conosciuta dai dermatologi in tutte le sue possibili varietà cutanee, rappresenta tutt'ora nel campo della nevrologia un argomento di indagine, non tanto per la sua posizione di fronte al problema dei tumori del nevrasse, quanto piuttosto per i particolari aspetti clinici con i quali si annunciano le localizzazioni nervose. Attraverso una ricca letteratura sull'argomento sono note le infinite combinazioni neurologiche, talvolta assai complesse, cui danno luogo, a motivo della frequente multiplicità, i tumori da Recklinghausen, che pur dimostrando una spiccata predilezione per le radici craniche e spinali, non rispettano le meningi (Penfield e Young, Ostertag, Roger e Cremieux, Antony, ecc.), il midollo spinale (Laignel-Lavastine e Tinel, D'Antona, Patoir e Raviard, Gaupp, Straube), il cervelletto (Makino, Barcaglia) e persino gli emisferi cerebrali (Guccione).

Ricordiamo poi che il problema della patogenesi di questi tumori è in continua revisione, e numerose sono state le cause invocate: si è parlato di malformazioni, di gruppi cellulari aberranti (Walthard) e in questi ultimi tempi vi è la tendenza a considerare l'intervento di un fattore disendocrino, specialmente sul terreno di una primitiva disfunzione ipofisaria come accennerebbero i casi di Recklinghausen associati a gigantismo (Riml) a nanismo (Laignel-Lavastine) o a manifestazioni acromegaliche (De Castro, Feidel e Froussard, Sisto Vizioli, ecc.). Secondo D'Antona invece la condizione primitiva consisterebbe in una anomalia di sviluppo del sistema nervoso che risale ai primi periodi della vita embrionale.

Per quanto la seguente osservazione non porti alcun contributo allo studio dei problemi ancora discussi di questa malattia, ho creduto ugualmente interessante farne conoscere le particolarità cliniche per alcune considerazioni di indole esclusivamente pratica.

C. Giuseppina di anni 34, cameriera. Ammessa in Clinica il 22 marzo 1939.

Gentilizio indenne da eredità blastomatosa e da endocrino-distrofie. Genitori sani. Marito sano, un figlio morto di polmonite. Non gravidanze abortive. Le mestruazioni sono sempre state regolari.

La paziente presenta anamnesi della prima infanzia normale. I suoi famigliari affermano che le macchie pigmentarie che le ricoprono la pelle risalgono alla nascita, mentre i tumoretti cutanei qua e là disseminati comparvero in epoche successive senza che sia possibile stabilire la precisa data di inizio. Essi non furono mai dolenti.

Nel 1918 ammalò di una forma influenzale, decorsa senza apprezzabili complicazioni nervose.

Gli attuali disturbi rimontano al febbraio 1936, epoca in cui l'ammalata, sembra durante uno sforzo, cominciò a lamentare dolori alla regione lombare che in seguito si estesero gradatamente alla regione della natica sinistra, quindi alla faccia posteriore della coscia, raggiungendo in capo a 3 mesi la caratteristica irradiazione di una sciatica. La sede di maggior dolore rimase sempre lombo-sacrale.

Malgrado le varie cure praticate, fra le quali un trattamento roentgenterapico, la sintomatologia dolorosa andò sempre più aggravandosi specie nei confronti delle crisi parossistiche che intervallate a remissioni spontanee di alcuni giorni, riprendevano dopo queste in modo improvviso con l'abituale irradiazione. I numerosi medici che la visitarono furono concordi nella diagnosi di una sciatica di natura reumatica, anche perchè le radiografie della colonna vertebrale eseguite in epoche successive diedero reperti negativi.

La paziente si è sempre meravigliata che talora l'esacerbazione del dolore avviene proprio mentre essa si trova in assoluto riposo, per esempio durante il sonno, e che l'attenuazione o la scomparsa di esso possa essere raggiunta con il movimento, per cui un rimedio alla crisi dolorosa può essere rappresentato dal cammino. Ad ogni modo la sciatica non viene peggiorata dalla relativa attività fisica cui è costretta per il suo compito di cameriera, mentre gli sforzi violenti (sollevare pesi, pulire i pavimenti) esacerbano o provocano la comparsa delle crisi. Il dolore non si modifica con i colpi di tosse, con lo sbadiglio, ecc.

Nei mesi che precedettero il ricovero nella clinica, la sindrome algica divenne continua e assai molesta, e talvolta con diffusione alla coscia destra. Questa progressione dei disturbi indussero la paziente a farsi ricoverare per un'indagine più profonda.

Non ebbe mai a lamentare disturbi del dinamismo degli arti inferiori, nè si accorse di dover assumere speciali posizioni per rendere meno penosa la stazione eretta e il cammino. Non disturbi degli sfinteri.

Esame obbiettivo: Soggetto di costituzione scheletrica regolare, senza deviazioni dello scheletro vertebrale. Nutrizione e sanguificazione discrete. Non manifestazioni disendocrino-distrofiche.

Su tutto il corpo, ma specialmente sul tronco si notano numerose chiazze non rilevate, di grandezza variabile, color latte e caffè. Incassati nello spessore della cute o, più spesso, prominenti e globosi, talvolta peduncolati, di consistenza molle, indolori, spostabili, si osservano piccoli noduli di colorito della cute normale, o leggermente giallognolo. Lo sfregamento della pelle evidenzia piccole aree acromiche rotondeggianti, che prima difficilmente apprezzabili, si rendono bene visibili sullo sfondo rosso dell'eritema meccanico.

L'esame degli organi toraco-addominali è negativo.

Negativo l'esame delle urine, negative le sifiloreazioni sul siero di sangue.

L'ammalata presenta intelligenza adeguata alla sua condizione sociale.

I movimenti che la paziente esegue spontaneamente e quelli comandati vengono compiuti con sufficiente energia, e specialmente quelli degli arti inferiori non trovano ostacolo nei dolori che essa accusa alla regione lombare e alla faccia posteriore delle coscie, sopratutto dal lato sinistro. Sia nella stazione eretta che durante il cammino non si osservano particolari atteggiamenti antalgici del tronco e degli arti inferiori, ma solo la paziente tiene volentieri la mano sul fianco sinistro.

Non si osservano alterazioni del passo, e la flessione del tronco viene ampiamente eseguita.

Nel decubito supino gli arti inferiori possono essere sollevati isolatamente allo stesso livello, come pure risulta rispettata la motilità segmentaria di essi. Solo se durante l'esame interviene una crisi dolorosa, i movimenti della coscia sinistra sul bacino vengono eseguiti con minore ampiezza a causa del dolore. Nulla a carico della motilità del capo e degli arti superiori.

Le pupille sono isocoriche e bene reagenti agli stimoli. Le funzioni sensoriali sono integre. Nulla da rilevare a carico dell'attività motoria, sensitiva e riflessa dei nervi cranici.

La sensibilità subbiettiva, particolarmente esplorata agli arti inferiori, dimostra una netta dolenzia alla pressione dei punti femorali superiori e medio di Valleix dal lato sinistro, mentre rimangono indolenti gli altri punti lungo il decorso dello sciatico. La manovra di Lasègue a sinistra suscita dolore a solo 70-80°, mentre a sinistra è negativa. Le altre prove di elongazione dello sciatico non esacerbano il dolore. La percussione dei processi spinosi è indolente per tutta la lunghezza della colonna vertebrale; appena dolente la palpazione profonda delle masse muscolari paravertebrali di sinistra nella regione lombare.

Le varie forme della sensibilità superficiale, diligentemente interrogate nei dermatomeri lombosacrali, non dimostrano la benchè minima alterazione, anche di fronte allo stimolo simmetrico e contemporaneo.

Talvolta l'ammalata crede di avvertire una leggera iperestesia dolorifica alla faccia dorsale del piede di sinistra, ma essa stessa non può escludere l'intervento di un fattore suggestivo (lato dell'ischialgia). Pure la sensibilità vibratoria, artrocinetica, e di attitudine risultano perfettamente conservate e in modo simmetrico. L'esplorazione sensitiva della regione della sella è pure negativa.

Il trofismo muscolare è conservato bilateralmente, e non sono rilevabili disturbi del tono muscolare agli arti inferiori.

Riflessi trigeminali simmetrici. La reflettività profonda agli arti superiori è conservata. Riflessi addominali presenti e simmetrici. Presente il riflesso medio-pubico nella duplice risposta. Tutti i riflessi tendinei ed osteoperiostei degli arti inferiori sono presenti ed in modo simmetrico. La stimolazione cutanea-plantare sia che venga eseguita sul lato esterno che interno della pianta del piede provoca dai due lati la flessione delle dita associata a simmetrica contrazione del tensore della fascia lata. Non fenomeni di automatismo spinale.

La radiografia della colonna lombo-sacrale è assolutamente negativa.

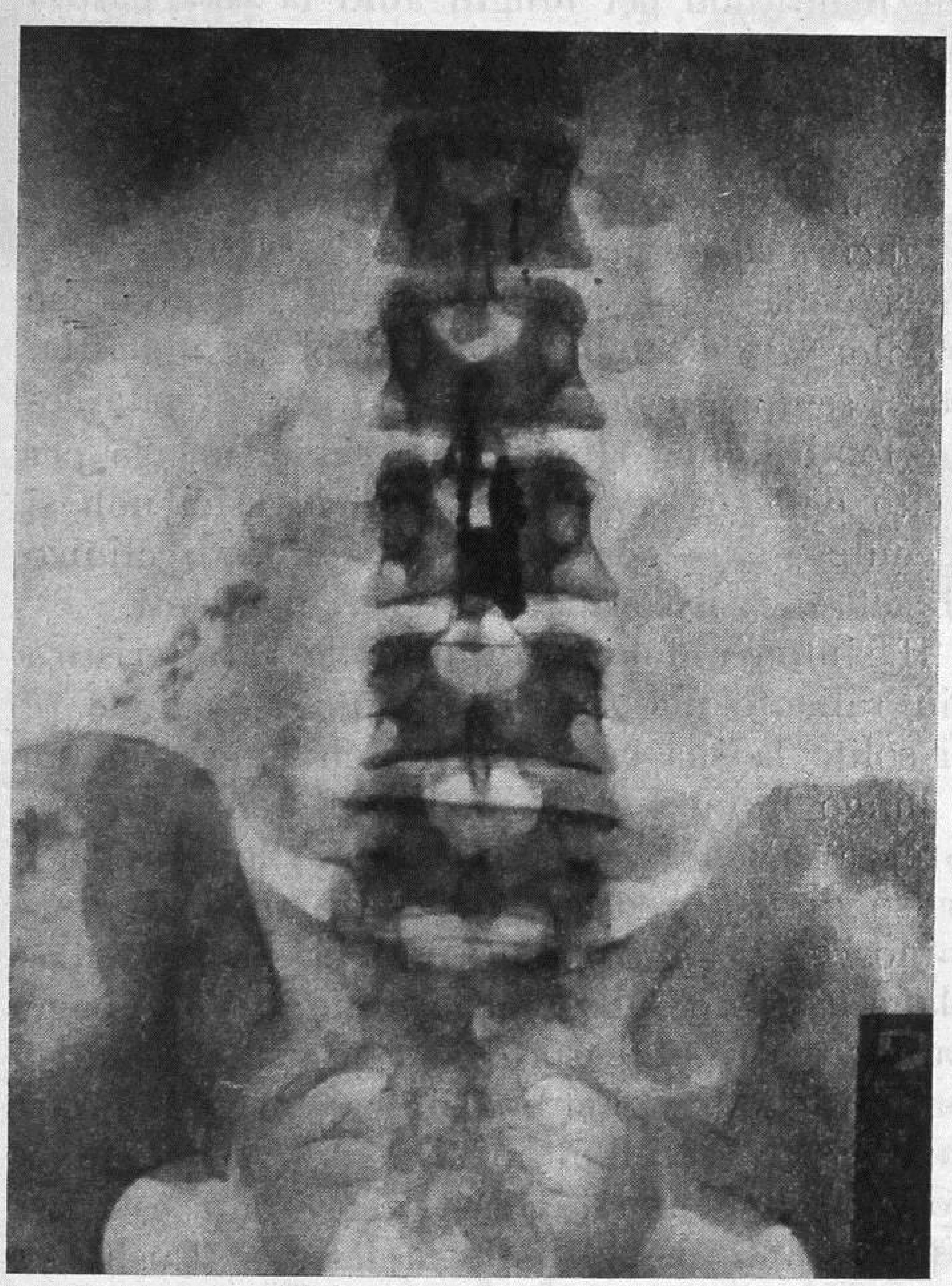


Fig. 1. — Aspetto del blocco lipiodolico a livello di L 3.

L'esame mielografico eseguito per via sottoccipitale dimostra un arresto della sostanza opaca alla terza vertebra lombare.

Il liquor estratto è negativo.

Intervento chirurgico (praf. Fasiani). Con una laminectomia della seconda e terza lombare viene messo allo scoperto il sacco durale che a livello di L 3 presenta un ingrossamento a fiaschetta.

Incisa longitudinalmente la dura, le radici nervose si presentano in un punto come estroflesse, e divaricate, mostrano al di sotto una neoformazione grossa quanto un uovo di piccione, aderente ad una di esse. Anteriormente il tumore è trattenuto da aderenze poco tenaci, tali da permetterne l'agevole isolamento.

Recisa la radice nervosa cui il tumore aderisce, questo viene asportato in totalità.

Istologicamente si tratta di un tipico neurinoma o schwannoma a struttura fibrillare (tipo A secondo Antoni) senza particolari fenomeni regressivi, nè tendenza a trasformazione maligna.

L'osservazione clinica può essere così riassunta: in una donna affetta da dermofibromatosi congenita e macchie iperpigmentate, compare all'età di 31 anni una sintomatologia dolorosa inizialmente localizzata alla regione lombare, che nel decorso successivo assume i caratteri di una tipica ischialgia sinistra contro la quale si dimostrarono inefficaci tutte le cure attuate nella convinzione di una semplice nevralgia dello sciatico, come si era indotti a concludere data la negatività degli esami clinici e del reperto radiografico dello scheletro vertebrale. Tuttavia l'eccessiva durata della forma morbosa e lo speciale carattere del dolore, che talvolta presentava esacerbazioni durante il riposo, fecero nascere il sospetto di una lesione meno benigna di quella sino allora diagnosticata. L'indagine mielografica dimostrò infatti un arresto totale della sostanza opaca a livello della terza vertebra lombare. Benchè il rilievo clinico obbiettivo si presentasse assolutamente negativo, e quindi in evidente disaccordo con il reperto lipiodolico, fu praticata una laminectomia che permise di asportare un tumore intradurale della grossezza di un uovo di piccione aderente ad una radice del fascio equino, con i caratteri istologici di un tipico neurinoma.

Ci troviamo quindi di fronte ad un caso di morbo di Recklinghausen, dove la sede radicolare della complicazione nervosa risponde all'aspetto più comune di questa malattia tipicamente neoformativa che anche nei casi di localizzazioni nervose centrali sovente si accompagna a tumoretti delle radici spinali, i quali o rimangono ignorati, e rappresentano allora una sorpresa di autopsia, oppure provocano sintomatologie radicolari abitualmente sensitive, dove però la manifestazione dolorosa raramente ha un riscontro obbiettivo che autorizzi il sospetto di una lesione tumorale. Anche quando la partecipazione del sistema nervoso alla malattia di Recklinghausen è stabilita dalla presenza di un neurinoma solitario, nel qual caso di dimensioni per solito rispettabili, nelle fasi iniziali esso non viene quasi mai riconosciuto, e solo con il progredire della neoformazione, completandosi il quadro clinico con i segni di una compressione midollare o poliradicolare, il dubbio di un processo intrarachideo che abbia rapporti con le alterazioni cutanee, si sostituirà alla diagnosi primitiva di una banale forma nevralgica. La risoluzione del problema verrà allora affidata ad un

accertamento mielografico o alle peculiari alterazioni del liquor sottostante alla neoplasia. Così nel caso descritto da Ramond, la comparsa di disturbi del cammino in un soggetto in cui la persistenza di dolori toracici consigliò la diagnosi di nevralgia intercostale, indicò la necessità di un esame lipoidolico dal quale il chirurgo ebbe elementi precisi che lo guidarono all'asportazione di un fibroglioma originato da una radice dorsale.

Constatato quindi che la fase dolorosa dei neurinomi iniziali non ha dati clinici sufficienti per differenziarli dai semplici fatti nevralgici con i quali vengono confusi, non farà meraviglia se nel caso riferito la sindrome ischialgica non abbia consigliato durante il decorso di anni altra supposizione diagnostica se non quella di una forma reumatica.

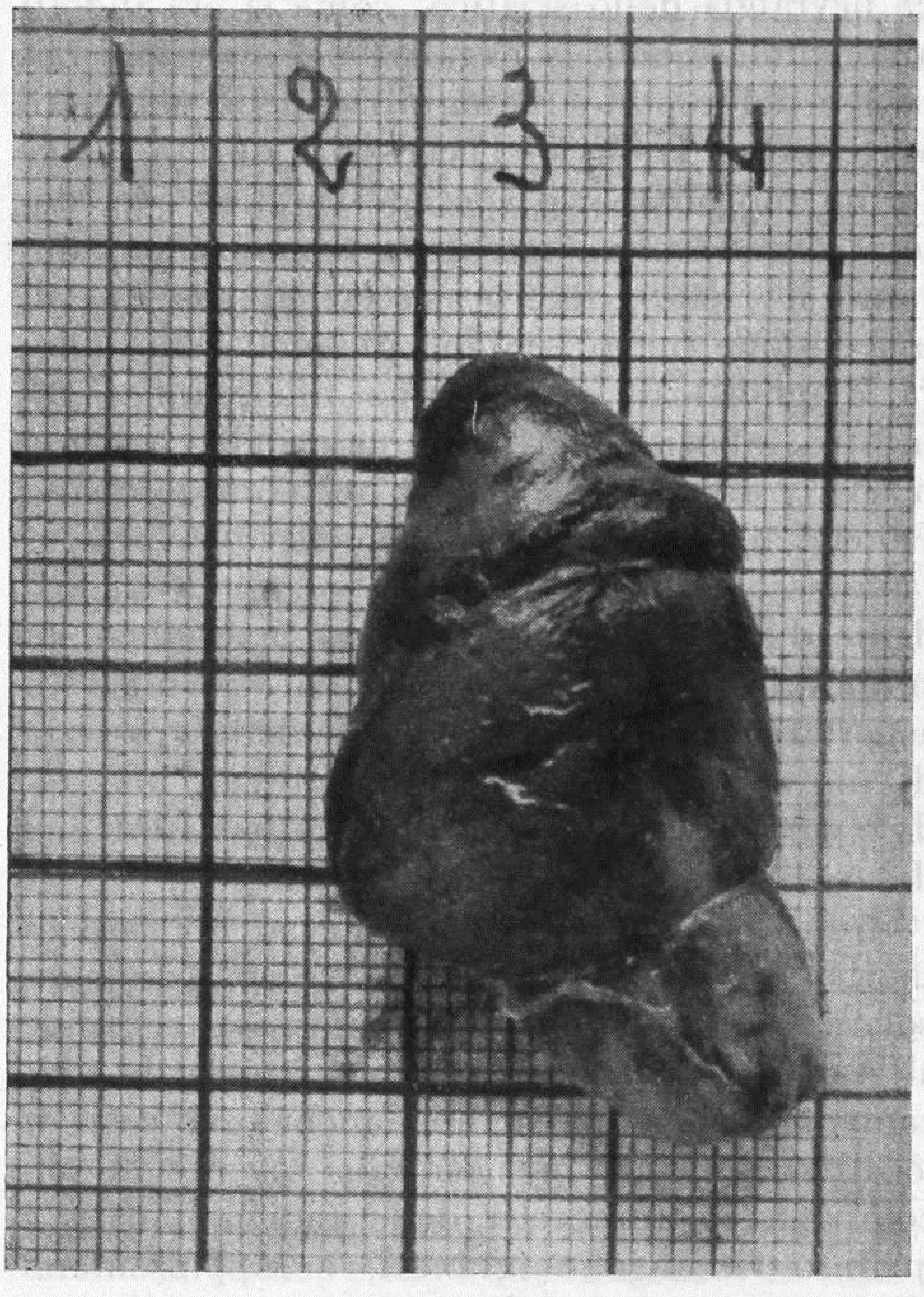


FIG. 2. — Il tumore (neurinoma) asportato da una radice della cauda.

Ma il fatto più strano, e in esso è riposto l'interesse del caso, è che malgrado le rispettabili dimensioni del tumore e la sua evidente azione compressiva ad un livello della cauda dove il fascio di radici è ancora compatto, come è lecito dedurre dal carattere e dalla sede del blocco lipiodolico, siano mancati i segni funzionali e clinici di una sofferenza delle radici lombo-sacrali. Va poi sottolineato che non vennero osservate quelle peculiari alterazioni del regime dei riflessi cutanei e profondi sulle quali il Neri ha recentemente richiamato l'attenzione, e che da noi furono deliberatamente ricercate.

Questo particolare contegno clinico dei tumori della cauda equina nei confronti di altre sedi radicolari, era già stato notato da Oppenheim a proposito di due casi in cui un voluminoso fibrosarcoma che inglobava per quasi tutta l'altezza le radici della cauda, e un tumore cistico benigno, ebbero come unica manifestazione clinica dolori di tipo ischialgico, che mentirono per lunghi anni la vera natura del processo. Solo i segni liquorali di un blocco spinale consigliarono l'intervento operatorio.

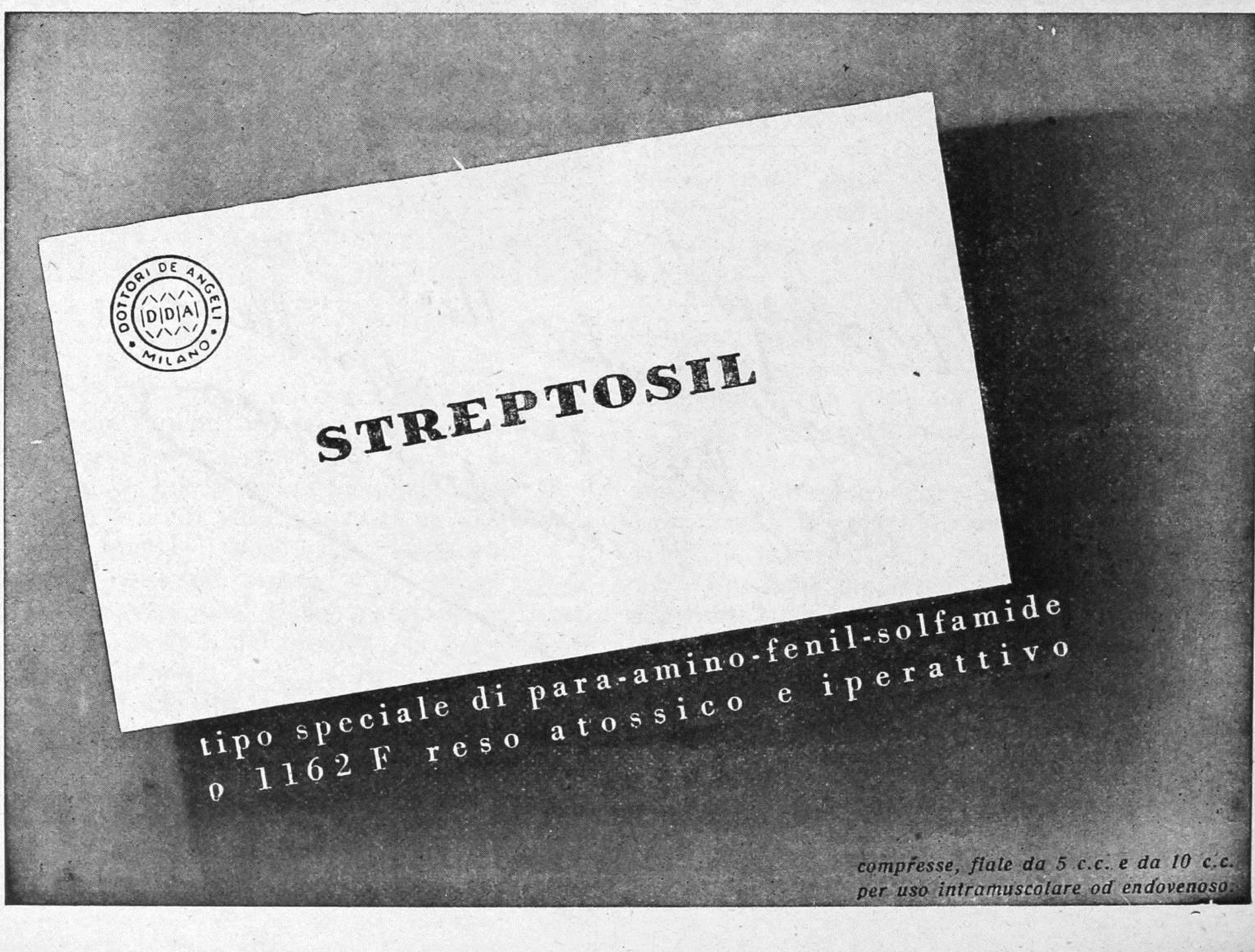
In uno studio di Elsberg e Constable sulla frequenza dei vari sintomi osservati nei tumori della cauda da essi operati, risulta che il dolore nella totalità dei casi apre la malattia, quasi sempre per lungo tempo interpretata come lombaggine o ischialgia, e che nel 25 per cento delle osservazioni i fatti algesici non si accompagnano ad un adeguato rilievo clinico obbiettivo nei dermatomi corrispondenti.

Il sintoma dolore è quindi la caratteristica più saliente dei tumori di questa regione, e di solito la sua espressione ischialgica rimane a lungo l'unico segno della sofferenza radicolare, e poichè le modificazioni liquorali nel senso di una xantocromia o di una iperalbuminosi sono ugualmente precoci, Sicard e Laplane hanno definito col termine di « lumbago xantocromica » questa particolare sindrome dei tumori della regione. È interessante poi notare che l'iperalbuminosi e la xantocromia possono presentarsi anche nel liquor estratto ad un livello soprastante la lesione (Cushing, Ayer, Guillain), e ciò va tenuto presente per evitare, come capitò allo stesso Cushing, errori di localizzazione che condussero a laminectomie troppo alte.

Analizzando ora le modalità con cui si manifestò nel caso riferito il dolore, possiamo senz'altro affermare che esso non presentava certo i caratteri ritenuti patognomonici delle sciatiche funicolari, che nel gruppo delle forme reumatiche rappresentano l'eventualità più frequente.

Infatti, se la mancanza di una obbiettività clinica poteva allontanare il sospetto di una lesione profonda delle radici lombari o sacrali, l'osservazione più scrupolosa dei caratteri e dell'evoluzione dell'ischialgia era in grado di escludere la diagnosi semplicista di un semplice processo nevralgico. Nella nostra am-


OVAIA
(Vacca)
LA MEDICAZIONE
OPOTERAPICA
TIROÏDE
(Bue)
CHOAY
OPOTERAPIA SEMPLICE
OPOTERAPIA ASSOCIATA : SYNCRINES
ESTRATTI TOTALI (Polveri d'organi) compresse
ESTRATTI INIETTABILI in soluzione acquosa fiale sterili
LABORATOIRES CHOAY_ 48, rue Théophile Gautier_ PARIS (XVIe)
Concessionaria esclusiva ITALIA e COLONIE: "S. I. M." Piazza S. Angelo N. 1 - MILANO
Telef. 65-379


DOTTORI DE ANGELI
DDA
MILANO
STREPTOSIL
tipo speciale di para-amino-fenil-solfamide
o 1162 F reso atossico e iperattivo
compresse, fiale da 5 c.c. e da 10 c.c.
per uso intramuscolare od endovenoso

malata, contrariamente a quanto avviene nella malattia di Cotugno a eziologia reumatica, si assisteva a questo fatto apparentemente paradossale, e cioè che le esacerbazioni dolorose anzichè essere provocate dal movimento, non solo colpivano l'ammalata in assoluto riposo, ad esempio durante il sonno, ma venivano attenuate se la paziente si alzava o faceva alcuni passi. Questa strana circostanza notata per la prima volta da Wallgren in due casi di tumore della cauda equina, fu in seguito controllata e descritta da Roger a proposito della diagnosi differenziale fra sciatica funicolare e quella sintomatica per compressione di radici del tratto lombo-sacrale del midollo.

Per quanto le varie spiegazioni proposte dagli autori che si sono occupati di questo interessante contegno del dolore nei tumori della cauda equina (Davis, Wallington, Domoulard, Schultze, Wallgren, ecc.) non siano molto convincenti, tuttavia il fatto è frequente e tutti sono d'accordo nel ritenerlo esclusivo di queste neoformazioni.

Anche l'assenza di contrattura delle masse muscolari delle doccie paravertebrali e la mancanza di un tipico atteggiamento antalgico che tutti conoscono come l'appannaggio delle sciatalgie violenti e a lungo decorso, deponevano in favore di una lesione radicolare la quale raramente viene riconosciuta come elemento patogenetico delle forme reumatiche (Roger). Analoghe considerazioni in favore di un'origine radicolare della manifestazione dolorosa, potrebbero essere fatte nei confronti di quelle manovre che hanno per scopo un'elongazione del tronco nervoso, e che nell'ammalata venivano tollerate in modo evidentemente sproporzionato all'intensità delle crisi algesiche.

Dunque se l'esame nevrologico si manteneva muto nei riguardi della stessa lesione radicolare, denunciata dall'ischialgia, gli elementi negativi ricordati dovevano, in una valutazione più rigorosa del caso clinico, far nascere fondati sospetti sull'interpretazione « reumatica » della malattia.

L'importanza pratica che scaturisce da questa osservazione si riferisce in particolar modo al commento sopra accennato circa la necessità di dubitare della diagnosi, il più delle volte affrettata, di una forma « essenziale » in quei casi dove il riposo e le cure prolungate (la nostra paziente fece pure applicazioni roentgenterapiche) non portano a un decisivo miglioramento. Si dovranno cioè ricercare nell'espressione del dolore quelle caratteristiche sopra accennate che se in apparenza possono sembrare una sterile pedanteria o un lusso semeiologico, in pratica si rivelano utilissime nella differenziazione fra sciatica funicolare e sciatica radicolare. In quest'ultimo caso l'ipotesi di una semplice forma nevralgica dovrà essere accettata con molta circospezione, specie se l'esame radiografico non dimostri fatti di artrite o vizi di sviluppo dello scheletro vertebrale (sacralizzazione, schisi), nel qual caso sarà preferibile sottoporre la paziente ad un'indagine mielografica che, come vedremo, non offre maggiore difficoltà di una puntura lombare.

Oltre ai tumori della coda equina, ai quali la presenza di una dermofibromatosi dovrà necessariamente indirizzare, si sono rese note in questi ultimi tempi altre cause capaci di mantenere cronicamente una sintomatologia dolorosa nei distretti lombo-sacrali, senza che per i dati clinici o radiologici sia concesso dubitarne l'esistenza. Ricordando solo le lesioni traumatiche dei dischi intervertebrali quale causa frequente di sindromi ischialgiche (nella maggior parte degli 80 casi di sciatiche di questa natura operati da Barr il trauma non era ricordato!) e le forme di nevrite della cauda in cui i dolori mantengono una posizione di primo piano nel quadro clinico (Elsberg), credo opportuno richiamare l'attenzione sull'importanza che recentemente è stata annessa alle ernie del nucleo polposo nel determinismo di sciatiche ribelli. Il Glorieux in una sua interessante monografia su abbondante casistica radiologica e operatoria, crede di poter concludere che la causa principale delle sciatiche radicolari dette essenziali risiede nell'ernia posteriore del menisco intervertebrale. Lo stesso dicasi per certe lombaggini che non cedono ai soliti trattamenti. La frequenza di queste sintomatologie nervose è giustificata dalla predilezione che l'ernia del menisco dimostra per la regione lombare inferiore, e si noti che la causa di essa non è sempre traumatica, e che la semplice radiografia della colonna vertebrale il più delle volte non presenta segni scheletrici caratteristici di tale lesione.

Rimane quindi dimostrato che di fronte a manifestazioni dolorose di carattere radicolare nel dominio della cauda equina, quando queste si prolunghino eccessivamente malgrado l'istituzione di varie terapie, sia doveroso, una volta esclusa la sifilide, sospettare una patogenesi compressiva, che, come il nostro caso dimostra, sovente non viene denunciata da significativi rilievi clinici obbiettivi o da quadri radiologici di specifico valore diagnostico. Come corollario logico di questa premessa varrà il consiglio di sottoporre alla puntura lombare o all'esame mielografico tutti i casi di lombaggine o di sciatica ribelle ai soliti trattamenti antireumatici.

Mentre nelle lesioni tumorali o in quelle nevritiche della cauda equina l'iperalbuminosi e

la xantocromia del liquor forniscono elementi sufficienti per una diagnosi che giustifichi una laminectomia (Elsberg), nelle altre evenienze ricordate sarà indispensabile ricorrere alla introduzione intradurale del lipiodol per riuscire a documentare attraverso l'arresto più o meno completo di esso, l'aspetto anatomico e la sede della compressione radicolare. A proposito di questo esame, credo opportuno accennare al fatto che in tali circostanze la causa dell'offesa meccanica di una o più radici della cauda non sempre arriva a creare un serio ostacolo al passaggio del lipiodol nel sacco durale, per cui si dovrà preferire l'introduzione di esso per via lombare, seguendo quindi radioscopicamente sul clinoscopio la progressione caudo-craniale della sostanza opaca per fissare sui radiogrammi quegli arresti temporanei che con il metodo sottoccipitale potrebbero sfuggire. I vantaggi del metodo lombare sono ampiamente descritti nella citata monografia di Glorieux dove appunto in suggestivo materiale iconografico vengono riportati casi di ernia meniscale, in cui una completa permeabilità al lipiodol sottoccipitale fu poi smentita, in un successivo esame in Trendelemburg, attraverso la dimostrazione di arresti parziali e transitori.

In ultima analisi il caso presentato oltre ad aggiungere un nuovo esempio alla serie numerosa di malattia di Recklinghausen a localizzazione radicolare, ci ha permesso di confermare il caratteristico aspetto dei tumori della cauda equina, nei quali l'abituale sitomatologia dolorosa rimane talora come unica espressione clinica della malattia malgrado la conferma mielografica od operatoria di una compressione intradurale. Tuttavia se mancarono i segni di una sofferenza poliradicolare i caratteri della sindrome ischialgica e il lungo decorso di essa, poterono escludere la diagnosi di forma essenziale dalla quale sarà necessario diffidare nelle particolari circostanze cliniche qui descritte. Il sussidio di un esame mielografico, consentirà sull'esatto giudizio diagnostico le pratiche deduzioni terapeutiche.

RIASSUNTO.

Viene descritto un caso di malattia di Recklinghausen in cui un neurinoma della coda equina, chirurgicamente asportato, era decorso per la durata di tre anni con il quadro di una ischialgia essenziale. Mentre viene sottolineato l'assoluto silenzio clinico del fatto compressivo, documentato dall'indagine mielografica, si insiste sulla necessità di ricercare gli eventuali segni radicolari nelle sciatiche ribelli e, nel caso, di sottoporre gli ammalati a quelle prove capaci di documentare una condizione di blocco spinale.

BIBLIOGRAFIA.

CUSHING and AYER. *Xanthochromia and increased protein in the spinal fluid above tumors of the cauda equina.* Arch. of Neur., 10, 167, 1923.

ELSBERG and CONSTABLE. *Tumors of the cauda equina.* Arch. of. Neurol., 23, 79, 1930.

GAUPP. *Zwei Neurofibrome und ein Angiom der Cauda equina. Zentrales Gliom und Syringomyelie des Lendenteils des Rückennmarks.* Ziegler's Beiträge, 1898.

GUILLAIN, ALAJOUANINE, MATHIEU et BERTRAND. *Sarcome périthélial de la queue de cheval avec xanthochromie du liquide céphalo-rachidien au-dessus de la tumeur. Localisation par le lipiodol. Ablation chirurgicale.* Revue Neur., 1924, 1, 513.

KIRCH. *Zur Kenntnis der Neurinome bei Recklinghausenscher Krankheit.* Z. Neur. 74, 379, 1922.

LAIGNEL, LAVASTINE e TINEL. *Neurofibromatose avec troubles à topographie radiculaire.* Rev. Neurol., 1911.

NERI. *Il regime dei riflessi tendinei e cutanei nelle compressioni della coda equina.* Il Policlinico, sez. prat., n. 16, p. 727, 1939.

OPPENHEIM. *Ueber Caudatumoren unter dem Bilde der Neuralgia ischiatica sive lumbosacralis.* Mschr. Psychiatr., 36, 1914, 391.

RAMOND L. *Compression de la moëlle par un fibrogliome radiculaire au cours d'une maladie de Recklinghausen.* Presse Méd., 1931, n. 5, p. 83.

SCHARPE e YOUNG. *Recklinghausen's neurofibromatosis. Clinical manifestations in thirty-one cases.* Arch. int. Med., 1937.

VIZIOLI e TOLONE. *Sindromi neurologiche da neurofibromatosi di Recklinghausen.* Rivista di Neurologia, 1938-XI.

WALLGREN. *Ueber Schmerzen bei Caudatumoren.* Dtsch. Z. Nervenheilk, 78, 107, 1923.

NOTE E CONTRIBUTI

OSPEDALE MAGGIORE DI VERCELLI
SEZIONE GENERALE MEDICA
Diretta dal prof. P. MINO.

La reazione verde nell'ittero da leptospire.

Dott. GIUSEPPE GHISIO, assistente.

Pagniez e collaboratori (1) hanno rilevato nel 1917 che nella spirochetosi ittero-emorragica, le urine itteriche trattate con a. acetico e riscaldate, presentano spesso una colorazione verde intensa. Osservazioni analoghe sono state fatte da Cleyndert, da Gomesmil, Hammer e Wolf Arzainal.

La reazione verde, secondo tali autori, sarebbe riscontrabile solo negli itteri di origine spirochetica, e sarebbe dovuta a loro parere, a una più facile ossidazione dei pigmenti biliari in queste urine.

In alcune prime ricerche che abbiamo già precedentemente comunicato (2) abbiamo rilevato che effettivamente tale reazione si può riscontrare nelle urine itteriche di questi ammalati, e abbiamo messo in evidenza che essa è dovuta a un processo di ossidazione dei pigmenti biliari, perchè essa si può ottener facilmente con molte sostanze ossidanti. I confronti eseguiti con urine contenenti pigmenti biliari per lesioni epatiche di altra natura avevano dato risultato negativo. Abbiamo proseguito le ricerche, estenendendo le indagini a numerosi casi di urine itteriche con presenza di pigmenti biliari e abbiamo potuto constatare che nella grandissima maggioranza dei casi il trattamento delle urine itteriche con l'acido acetico sia freddo che a caldo, non dà luogo a variazione di colore.

Solamente in cinque casi abbiamo avuto risultato positivo. Tre ammalati erano affetti da neoplasma gastrico con metastasi epatica. In due di questi la reazione verde è stata nettamente positiva per pochi giorni: nell'altro si è mantenuta positiva per parecchie settimane, per diventare in seguito negativa, pur persistendo la presenza di pigmenti biliari. In un caso di ittero da epatite infettiva lieve, la reazione verde è stata positiva per un giorno solo: in un altro per due giorni. Successivamente anche in questi casi malgrado la presenza di pigmenti biliari la reazione è stata negativa. Accenniamo di passaggio che la ricerca della reazione nelle forme di leptospirosi puramente febbrili senza manifestazioni itteriche e senza pigmenti biliari nell'urina è stata costantemente negativa.

**

La constatazione della possibilità di ottenere questa reazione in urine provenienti da ammalati non affetti da leptospirosi, ha praticamente una notevole importanza.

Infatti le primitive affermazioni degli autori citati che assegnavano a questa reazione un certo valore pratico per la diagnosi di probabile natura spirochetica dell'ittero venivano evidentemente infirmate dai rilievi che abbiamo riferito. Conviene ricordare che alcune osservazioni (Hoesch-Weltman) hanno messo in evidenza che la presenza dei nitriti nelle urine, mentre rende negativa la resezione dell'urobilinogeno, per l'aggiunta di poche goccie di reattivo di Ehrlich dà luogo a colorazione verde.

Più recenti ricerche tra le quali ricordiamo in Italia in quelle di Comessatti, hanno confermato questi fatti.

La reazione verde nell'urina sarebbe pertanto dovuta alla presenza di nitriti e alla produzione di a. nitroso per l'acido che vi si aggiunge e quindi alla ossidazione della bilirubina in biliverdina per l'azione dell'acido stesso.

Abbiamo pertanto cercato di stabilire se nelle urine da noi esaminate, si poteva dimostrare la presenza di nitriti e degli eventuali rapporti di questa sostanza con la presenza o meno della reazione verde. La ricerca dei nitriti è stata praticata mediante la reazione di Gries, con l'alfa-naftilamina che permette secondo Bensley di rilevare la presenza di nitriti nelle urine anche alla diluizione di uno su 20 milioni, mentre secondo Comessatti la reazione sarebbe positiva solo alla diluizione di uno su un milione.

Per la tecnica ved. Sahli (*Manuale dei metodi clinici d'esame*, volume secondo, parte prima).

I risultati ottenuti sono assai dimostrativi in quanto abbiamo potuto rilevare che la reazione di Gries è sempre positiva quando si ottiene la reazione verde, mentre invece quando questa diventa negativa anche la reazione dei nitriti diventa negativa.

Questi nostri risultati confermano pertanto che la reazione verde in presenza di acido acetico in urine itteriche contenenti pigmenti biliari è dovuta alla ossidazione rapida dei pigmenti biliari stessi per scomposizione dei nitriti operata dall'acido aggiunto. La scomparsa della reazione dopo l'allontanamento dei pigmenti biliari che abbiamo precedentemente constatato conferma d'altra parte il meccanismo ora indicato.

I nitriti presenti nell'urine, sono dovuti di solito all'attività bacterica, ciò che spiega la sal-

tuarietà del referto positivo di questa reazione. Questo stesso meccanismo le toglie il significato di particolare gravità della lesione epatica che alcuni autori avevano creduto di poterle assegnare.

Per quanto riguarda il suo eventuale relativo valore diagnostico per la spirochetosi, già infirmato dalla nostra constatazione della sua presenza nelle urine itteriche di varia origine, conviene mettere in evidenza che l'accertamento di questo meccanismo conferma l'impossibilità di questa reazione di portare un contributo nella diagnosi eziologica dell'ittero in corso.

RIASSUNTO.

L'A. continuando precedenti ricerche ha rilevato che la reazione verde che si osserva nei p. affetti da spirochetosi ittero-emorragica si può riscontrare eccezionalmente anche in urine itteriche da altre cause e che essa si accompagna sempre a presenza di nitriti nelle urine. Per questi motivi la reazione non può avere preciso significato diagnostico o prognostico.

BIBLIOGRAFIA.

1) PAGNIEZ PH. e coll. Bull et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 1917, 33, 1181. — ID. Id., 1926, 42, 858.

2) GHISIO. *La reaz. verde dell'urina nella spirochetosi ittero-emorragica.* Policlinico, sez. prat. 1938.

3) MOESCH K. *Bioch. Zeit*, vol. 167, fasc. 1 marzo 1926.

WELTMAN. *Zeit. f. Urol. Chir.*, fasc. 18, 1925.

4) COMESSATTI. *Pseudo reazioni positive e pseudo reazioni negative dell'urobilinogeno.* Archivio per le Scienze Mediche, vol. LXV, fasc. 4, aprile 1938-XVI.

5) CLEYDERT P. G. Ned. Tijdschr. v. Geneesck. 1933, II 2641.

GOUDSMIT J., HAMMER E., WOLFF. J. W. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1925, I, 430.

ZAINAL. Genesk. Tijdschr. v. Ned. - Ind. 1937, 2518.

L'ATTUALITÀ SCIENTIFICA

Nuove concezioni sulla patologia della malaria.

Il tema della malaria, dopo le conferme della trasmissione anofelica ed i primi successi con la profilassi chininica, si è considerato dai più e per molto tempo quasi esaurito. Ricordo che una pubblicazione del Sanarelli, fatta una quindicina d'anni or sono, la quale metteva in luce le molte incertezze e la necessità di battere nuove vie per arrivare ad una conoscenza più sicura del problema, fu accolta con un certo scetticismo. Ma le osservazioni che si sono venute accumulando, dimostrano che con uno studio più largo ed approfondito si vengono lumeggiando molti punti oscuri e si completa la visione del problema.

Uno dei punti che non aveva ancora ricevuto una conveniente spiegazione è, per esempio, quello che fra la puntura dell'anofele e lo sviluppo della febbre decorre un periodo d'incubazione, in cui il sangue non è infettante. Il fatto appare strano in quanto che si riteneva generalmente che gli sporozoiti — secondo quanto aveva creduto di dimostrare Schaudinn — penetrano direttamente nelle emazie, le quali ne rimarrebbero così infettate. Il periodo d'incubazione, invece, può essere breve o mancare se s'introduce direttamente il sangue infetto.

Ritorna quindi a galla l'ipotesi, già formulata da Grassi nel 1900, che gli sporozoiti non possano trasformarsi direttamente in elementi del ciclo monogonico ordinario, ma che vi sia almeno una generazione intermedia, con caratteri particolari. In tempi più recenti (1932), James emise l'ipotesi che la penetrazione degli sporozoiti si facesse, anzichè nelle emazie, nelle cellule del reticolo-endotelio (R. E.). L'ipotesi può essere suffragata dal fatto che, nel periodo d'incubazione in cui il sangue non è infettante, lo sono invece gli estratti di milza e di fegato; anche le lesioni descritte da Kelsch e Kiener, fin dal 1889, nel fegato (cellule di Kupffer), nella milza e nel midollo osseo stanno in appoggio di tale opinione. Golgi e Monti avevano fatto presente la possibilità che i parassiti si sviluppassero in leucociti ed in elementi dei tessuti, mentre la reazione monocitica che si ha nella malaria indica un'attività del R. E.

Si intravede, quindi, da questi fatti, che il R. E. deve avere un significato notevole nella patologia della malaria. Ma la dimostrazione di tale asserto si è avuta con gli studi di G. Raffaele sulla malaria degli uccelli, che lo hanno condotto a stabilire l'esistenza di un ciclo iniziale degli sporozoiti nell'organismo, con una fase apigmentata che si compie nel R. E.

In un primo tempo, il parassita malarico introdotto nel sangue si sviluppa nei tessuti — è cioè *istozoo* e non *ematozoo* — e si trova,

di fatto, nelle cellule del Kupffer del fegato, negli endoteli, nei seni della milza, nel midollo osseo, nei monociti, che vengono da molti patologi ascritti al R. E.

Nei diversi parassiti studiati (*Plasmodium elongatum*, *P. relictum*, *P. cathemerium*, *P. gallinaceum*, ecc., dei canarini, di altri passerelli, dei polli, ecc.) la fase apigmentata, istozoa, è costante, pure essendo più o meno evidente e prevalente secondo le specie. Una parte più o meno cospicua continua ad evolvere nelle cellule del R. E., mentre un'altra si trasforma in ematozoi e compie il suo ciclo nel sangue come forme pigmentate. Queste ultime, probabilmente, non possono dare merozoiti istotropi, ma debbono svolgere il loro ciclo di vita sempre nel sangue. *La fase apigmentata e la sede nelle cellule del R. E. appaiono quindi peculiari agli sporozoiti inoculati dalle zanzare.*

L'infezione malarica ci si presenta, dunque, come una reticolo-endoteliosi (Sicault e Messerlin), con diffusione secondaria al sangue.

Questo modo di vedere è convalidato da molti fatti che indicano la reazione del R. E., quali: la reazione monocitica, l'aumento di euglobuline nel siero (a cui si deve la reazione di Henry), le proliferazioni e reazioni endoteliali nella milza, nel fegato, nel midollo osseo, la stessa splenomegalia, dovuta in gran parte alle forme che si sviluppano nel R. E. D'altra parte, è noto il decorso grave che può prendere l'infezione malarica dopo la splenectomia.

Viene ora ovvia la domanda se tali nozioni, desunte da osservazioni fatte sulla malaria sperimentale degli uccelli, possano applicarsi anche alla malaria umana, in cui pure si ha una fase « negativa » nel sangue di individui inoculati con sporozoiti. Lo stesso prof. Raffaele ha esaminato il midollo osseo (ottenuto con la puntura sternale) di paralitici inoculati con *Pl. vivax* e *Pl. falciparum* ed ha potuto trovare, al 5° giorno d'incubazione, rarissimi ma pur sicuri parassiti apigmentati, del tutto simili a quelli rinvenuti negli uccelli.

Queste nozioni, oltre a chiarire un punto importante nella patologia della malaria, hanno anche importanza pratica, perchè spiegano l'azione di alcuni rimedi antimalarici, che si esplica essenzialmente sui parassiti pigmentati nel sangue, mentre è scarsa o nulla su quelli apigmentati annidati nelle cellule del R. E. (la plasmochina, invece, agirebbe anche sugli istozoi). Si spiegano, con tali nozioni, gli insuccessi quasi costanti della profilassi causale, cioè diretta contro gli sporozoiti e i primi stadi di sviluppo dei parassiti, nonchè la persistenza delle recidive, specialmente a distanza, che dipenderebbero dalla persistenza di elementi apigmentati negli organi interni.

Tali le importanti deduzioni, che risultano dalle osservazioni di Raffaele. Ad esse non sono mancate delle critiche, fra cui, oltre a varie considerazioni istologiche sulla maggiore o minore estensione del concetto di R. E., anche l'osservazione (P. Chortis) che lo sviluppo del plasmodio nelle cellule del R. E. costituisce un ritmo ancestrale, consecutivo alla minorata azione fagocitaria delle cellule stesse; si tratterebbe, quindi, di un fenomeno accidentale e non di un ciclo di vita. È da tenersi presente che la possibilità di sviluppo nei leucociti e nelle cellule di tessuti era stata ammessa (come si è già accennato) da Golgi e da Monti, ma esclusa dalla maggior parte degli studiosi del tempo.

Sono da menzionare le ricerche di A. Missiroli, secondo cui le forme che si ritenevano sporozoiti di *Pl. relictum* sono invece sporocisti immature, che completano il loro sviluppo nell'ospite vertebrato. In tal modo ha fine la generazione amfigonica e si inizia quella monogonica, nelle cellule del sangue od in quelle del R. E., con prevalenza in un dato ordine di cellule a seconda delle specie parassitarie, accumulandosi di preferenza in alcuni organi (fegato).

A. Corradetti ammette un ciclo endo- ed uno eso-eritrocitico, da considerarsi non come successivi, ma come paralleli; egli nega che le forme eso-eritrocitiche rappresentino delle forme intermedie *obbligate* fra gli sporozoiti e le forme endo-eritrocitiche. Sulla questione, si è svolta una cortese polemica fra questo autore e L. Verney.

D'altra parte, una serie di studiosi ha ora confermato le scoperte di Raffaele (1) ed in realtà le nuove vedute che su esse si fondano appaiono seducenti e logiche e possono costituire un buon passo in avanti per una più completa conoscenza del problema della malaria.

A. FILIPPINI.

(1) Ne citiamo una recentissima che convalida l'esistenza di forme eso-eritrocitiche di passaggio fra gli sporozoiti e le forme eritrocitiche. Kikuth e Mudrow, sperimentando sul *Pl. cathemerium*, hanno trovato — 16 ore dopo l'iniezione degli sporozoiti — nelle forme libere nei tessuti che, per i caratteri morfologici e tintoriali, sono da ritenersi eso-eritrocitiche dei parassiti malarici. In un altro caso, tali forme si riscontrarono dopo 40 ore; in un terzo, non si trovarono affatto, il che può spiegare gli esiti negativi delle ricerche di altri autori.

INDICAZIONI BIBLIOGRAFICHE

L'argomento è stato qui esposto nelle sue linee generali, senza entrare in particolari, che pure essendo interessanti avrebbero potuto nuocere ad una rapida visione d'insieme. Chi desideri approfondire lo studio può consultare le pubblicazioni di G. Raffaele (La fase apigmentata di evoluzione dei parassiti malarici, *Arch. zoologico it.*, vol. XXVI, 1939 e *Riv. di Malariologia*, passim, vol. 10-17), nonchè P. Chortis (*Riv. di Parassitologia*, vol. II, mag. 1938 e *Rendiconti Ist. San. Pubbl.*, vol. II, p. II, 1938) e i lavori di G. Sicault e Messerlin (*Riv. di Mal.*, p. I, nn. 5 e 6, 1938 e

Presse Méd., 24 sett. 1938), A. Missiroli (*Riv. di Parassitologia*, vol. II, n. 1, genn. 1938), A. Corradetti e L. Verney (*Riv. di malariologia*, vol. XVIII, Sez. II, n. 1-4 bis, 1939), W. Kikuth e L. Mudrow (*Klinische Wschr.*, 11 nov. 1939) ecc.

Tutta l'interessante questione può essere seguita nella *Riv. di Malariologia*.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Diagnosi e trattamento della sciatica vera.

(J. BARNES BURT. *Practitioner*, settembre 1939).

Il nome di sciatica si attribuisce alla condizione caratterizzata da un dolore diffuso alle branche del nervo sciatico. Se ne distinguono tre gruppi principali: 1) Sciatica radicolare, chiamata anche sciatica alta, dovuta alla pressione delle radici nervose a seguito di processi infiammatori delle articolazioni intervertebrali o a fibrosite, alla pressione esercitata da neoplasie, da affezioni ginecologiche o da spostamento dei dischi intervertebrali; 2) Sciatica vera, tronculare, essenziale o bassa, dovuta ad una neurite o perineurite del tronco dello sciatico a seguito di diabete, di avvelenamenti da piombo e arsenico, da infezioni di origine dentaria e più comunemente a fibrosite della guaina del nervo di natura reumatica o uricemica; 3) Sciatica riferita, dovuta ad infiammazioni di parti innervate dal plesso sciatico (distorsioni o artriti sacro-iliache, osteoartrite dell'anca, borsite glutea o trocanterica, fibrosite dei muscoli glutei).

I reperti anatomo-patologici della sciatica vera o tronculare sono rari in dipendenza del fatto che trattasi di un'affezione non letale. Nei pochi casi nei quali è stato possibile praticare l'esame microscopico si è riscontrato ingrossamento ed inspessimento dell'epineurio con ingorgo dei vasi sanguigni, presenza di essudato nel perineurio, mentre le fibre nervose appaiano illese; quando l'essudato si organizza si producono aderenze.

L'inizio dell'affezione talvolta è acuto ma il più delle volte è graduale: il dolore compare dopo essere stato sdraiato o seduto su terra umida o in seguito a scivolamento su pavimento levigato e quindi a distrazione dei muscoli glutei o piriforme. In genere il dolore dà al principio poco fastidio ed il paziente continua a lavorare. Di solito in seguito a detti fattori si stabilisce un'infiammazione della guaina o di quella parte dello sciatico che sta in immediato contatto dei muscoli glutei e piriforme. In tal caso il dolore è molto forte e si diffonde in basso alla faccia posteriore della gamba e alla parte estrema del piede.

In queste forme la tosse provoca un'esacerbazione del dolore forse a causa dell'aumento della pressione intrapelvica o della contrazione del muscolo piriforme. Talvolta il dolore o un senso di fastidio può essere provocato dalla tosse anche quando il paziente è guarito.

Il tronco del nervo è dolente alla pressione e può essere apprezzato come ingrossato in confronto di quello controlaterale. Particolarmente dolente è il punto di emergenza del nervo dal forame ischiatico nonchè il bordo inferiore del grande gluteo. Possono essere dolenti il collo del perone ed il malleolo esterno. È a rilevare che la dolenzia dello sciatico alla pressione si verifica solo nella sciatica vera ed in una forma di sciatica radicolare dipendente da spostamento dei dischi intervetebrali. La regione del tendine di Achille può apparire spianata e può aversi una leggera atrofia muscolare probabilmente dovuta a disuso. Un'amiotrofia più accentuata accompagnata da disturbi della sensibilità obiettiva si ha nelle forme radicolari.

Per diminuire la tensione del nervo il paziente mantiene la coscia e la gamba in leggera flessione. Può aversi anche un certo grado di scoliosi lombare che è sempre più evidente nella sciatica radicolare e nelle lesioni sacro-iliache.

Il segno di Lasègue è positivo nella sciatica vera come in quella da aderenze, da spostamenti dei dischi intervertebrali e da distorsioni sacro-iliache. Per la diagnosi differenziale sono state proposte due modificazioni, i segni di Mennell e del pavimento.

Il segno di Mennel si provoca eseguendo la flessione e l'estensione del piede mentre si solleva la gamba con il ginocchio in posizione diritta: nella sciatica vera con il piede in estensione posteriore la gamba può essere sollevata più in alto di quanto è possibile quando il piede è in flessione, laddove nelle affezioni sacro-iliache non si nota nessuna differenza sia con il piede in estensione che con il piede in flessione.

Il segno del pavimento si provoca facendo sedere il paziente a terra con il dorso appoggiato ad una parete; così si fissa la pelvi e si riduce la tensione muscolare. Il segno è positivo quando la parte posteriore del ginocchio non può raggiungere il pavimento. Si ha solo nella sciatica vera acuta o quando esistono aderenze tra la guaina ed il nervo.

La formazione di aderenze si può ammettere quando: *a*) dall'anamnesi risulta che il paziente ha precedentemente sofferta sciatica vera; *b*) il dolore è provocato solo dai movimenti e mai a letto: *c*) esiste dolenzia del nervo alla pressione; *a*) esiste incapacità a sollevare la gamba oltre il 30°-60°; *e*) è presente il segno del pavimento.

Una particolare forma di sciatica è quella dovuta alla pressione del nervo da parte di un legamento nel percorso attraverso il forame sacro-ischiatico. È costituita da un dolore simile

a quello della sciatica vera ma che si attenua con il riposo, e da atrofia dei muscoli innervati dallo sciatico popliteo esterno.

La sciatica vera si distingue clinicamente dalla sciatica radicolare perchè in questa raramente il dolore è molto violento e di solito è preceduta da dolori dorso-lombari e da rigidità del tratto lombare. Oltre a ciò si ha dolenzia alla pressione delle doccie paravertebrali della sezione lombare e distribuzione del dolore in corrispondenza del nervo cutaneo sulla faccia esterna della coscia. L'esame radiologico chiarirà la situazione.

Nella sciatica prodotta da spostamento di dischi intervertebrali la sintomatologia è presso che uguale, ma nell'anamnesi si riscontrano traumi vertebrali e dolori accessionali con fasi di accalmia più o meno lunghe. Un segno importante è lo spasmo dei muscoli lombari.

La sciatica riferita è sempre accompagnata da dolore dell'articolazione sacro-iliaca o da dolore alla pressione della borsa situata sulla tuberosità ischiatica oppure dell'articolazione sacro-iliaca. Nelle forme dipendenti da fibrosite dei glutei il dolore segue le vie segmentarie del midollo, e poichè i glutei sono innervati dal 4° e 5° segmento lombare corrispondentemente si ha dolore al lato esterno della gamba ed al piede. Il segno di Lasègue è assente e si può notare la presenza di noduli specie nel gluteo medio.

Comunque in ogni caso di sciatica è opportuno praticare l'esame radiologico per rilevare eventuali alterazioni osteo-articolari o neoplastiche.

Il trattamento della sciatica consiste innanzi tutto nell'eliminazione di eventuali foci infetti e nel riposo a letto. Nello stadio acuto giovano le applicazioni generali calde (bagni caldi, calore irradiato, stufe) ed i rivulsivi locali.

Nelle forme cronicizzate si può utilmente ricorrere alle iniezioni saline nel nervo o nei tessuti circostanti: si iniettano ogni volta 10 cmc. di una soluzione fisiologica con l'uno per cento di novocaina.

Nelle forme dovute ad aderenze si può tentare lo stiramento del nervo.

Nelle forme legate a fibrositi si possono tentare le iniezioni intradermiche di veleno di api.

La diatermia, le onde lunghe e corte possono aggravare la situazione.

L'atofan o l'istamina talvolta riescono vantaggiosi.

I massaggi sono consigliabili solo nelle fasi avanzate della malattia quando si è determinata l'atrofia muscolare. DR.

Le neurosi viscerali.

(J. A. RYLE. *Lancet*, 5, 12 e 19 agosto 1939).

Le neurosi viscerali consistono in disturbi motori, secretori o sensitivi dei visceri che si verificano in assenza di qualsiasi lesione organica. Dalle neurosi viscerali vanno esclusi gli stati ipocondriaci o ansiosi creati dall'idea di avere un qualche organo malato. Quantunque l'ansia può causare o concorre a causare una neurosi viscerale e quantunque la neurosi viscerale possa sostenere uno stato ansioso, si tratta di affezioni del tutto distinte: il concetto di neurosi viscerale implica l'esistenza effettiva di disturbi della funzione di qualche organo interno.

Tutti i disordini funzionali degli organi cavitari sono dovuti ad interferenze del sistema nervoso simpatico e parasimpatico che controlla il ritmo, la qualità e la quantità delle contrazioni delle fibre liscie, la secrezione, l'irrorazione sanguigna e la sensibilità degli organi stessi.

Inoltre le disfunzioni organiche possono essere provocate da agenti chimici che alterano il metabolismo locale senza determinare persistenti modificazioni dei tessuti. Questi agenti chimici possono essere esogeni (alimenti, veleni, medicamenti) o endogeni (secrezioni dell'ipofisi e delle surrenali). Al riguardo non è da escludere che gli impulsi nervosi siano essi stessi associati a scariche chimiche.

L'esperienza clinica ha dimostrato che alcuni fenomeni morbosi come l'edema angioneurotico e lo spasmo bronchiale possono essere determinati sia da emozioni, che presumibilmente agiscono attraverso i nervi, sia da proteine estranee inalate, ingerite o iniettate, che presumibilmente agiscono attraverso i liquidi organici. Ma in ambo i casi le reazioni cliniche o biologiche sono così specifiche e identiche che sarebbe difficile precisare quando agiscano gli stimoli nervosi e quando quelli chimici. In altre parole alcuni disturbi (tra i quali le neurosi viscerali) possono essere indifferentemente provocati da emozioni e da allergia insieme, o talora dalle une e talvolta dall'altra. Si può semplificare le idee ammettendo che in tutti i casi l'agente stimolante sia di natura chimica e che l'elemento nervoso entri solo come predisponente o adiuvante.

Al riguardo va rivelato che vi sono sostanze (atropina, eserina, efedrina) la cui azione farmacologica si estrinseca con fatti antagonisti ai fenomeni viscerali e vasali delle emozioni o delle allergie. E non si può escludere che l'azione stessa sia dovuta alla neutralizzazione dell'azione di sostanze antagoniste di origine endogena: l'adrenalina ha la sua antagonista nell'aminossidasi, l'acetilcolina nella colinesterasi.

Tra le neurosi viscerali hanno un posto importante le manifestazioni morbose dovute all'allergia. La lista delle malattie allergiche va diventando sempre più lunga: è opportuna perciò una precisazione. Si può parlare di allergia quando: 1) i sintomi rassomigliano molto a quelli prodotti dall'anafilassi; 2) esistono nei precedenti del soggetto fenomeni di idio-

sincrasia verso alcuni alimenti, bevande, tabacco, farmaci o altre sostanze estranee; 3) i fenomeni morbosi sono associati, sia pure incidentalmente con disturbi allergici noti (asma, febbre da fieno, urticaria, edema angioneurotico); 4) esistono precedenti familiari di disordini analoghi; 5) i disturbi hanno una certa intermittenza o periodicità; 6) si può escludere l'esistenza di affezioni organiche che spieghino i disturbi; 7) i disturbi sono accompagnati da eosinofilia e reagiscono favorevolmente all'adrenalina.

La prova sicura della sensibilità allergica è data dalla reazione positiva all'allergene specifica. Ma questa dimostrazione non sempre si può dare anche in casi di affezioni che generalmente sono di natura allergica come l'asma e l'urticaria. Sta di fatto che la reazione allergica si può scatenare in risposta a stimoli non solo di natura chimica, ma anche di natura fisica e psichica. Tutto dipende dalla costituzione del soggetto, dalla sua ipersensibilità verso stimoli di ogni genere. Lo stesso individuo può avere disordini intestinali dopo l'ingestione di certe sostanze, quando soffia il favonio o in seguito a stanchezza fisica o mentale. L'edema angioneurotico può essere provocato da puntura di api o da iniezioni di siero come anche da emozioni.

Ma le neurosi viscerali oltre che dall'allergia possono essere provocate da molteplici altri fattori.

Vanno innanzi tutto considerate le pregresse affezioni organiche: ad una pregressa dissenteria può residuare uno spasmo o irritabilità del colon, ad una cistite una pollakuria nervosa, ad una bronchite un'asma, ad una congiuntivite un ammiccamento nervoso. Si tratta di un'irritabilità condizionale stabilitasi a mo' dei riflessi condizionali: la causa morbosa che ha determinato l'eccitazione e con essa il riflesso passa, ma rimane l'irritabilità della parte.

Analogamente si possono avere forme di sensibilità innate o acquisite nelle quali l'irritabilità e la conseguente disfunzione è provocata da uno stimolo specifico. Ma con l'andare del tempo la sensibilità diventa meno specifica. Lo stimolo iniziale diventa inefficiente ma permane l'irritabilità, per modo che stimoli di nuovo genere possono determinare la disfunzione organica. Si spiega così come alcune forme di asma, di emicrania persistono malgrado abbia cessato di agire il fattore che le aveva inizialmente provocate.

Le neurosi viscerali, possono essere provocate da fattori psicologici che non sono associati con i fattori condizionanti sopra accennati, ma che si manifestano con uno stato di angoscia o di irrequietezza emotiva. Al riguardo ha una grande importanza la paura che i sintomi viscerali siano dovuti a malattia organica.

Talvolta vari fattori agiscono simultaneamente e si rinforzano reciprocamente. La tendenza all'asma da allergia innata e gli attacchi asmatici provocati da fattori specifici con l'andare degli anni possono essere aggravati o occasionati da numerosi altri fattori fisici o psichici come la polvere inerte, la stanchezza, le condizioni ambientali, le emozioni. Fatti analoghi possono verificarsi nel corso delle neurosi addominali.

Tutti i fattori condizionanti o determinanti agiscono solo in individui predisposti come può essere dimostrato dall'esame del loro temperamento e dei loro precedenti ereditari.

Infine vi sono condizioni organiche di per sè stesse incapaci di provocare disturbi funzionali, ma che sotto l'azione di fattori sfavorevoli si manifestano con disordini più o meno evidenti.

1) Le *neurosi esofagee* più comuni sono la *cardialgia*, il *globus* e l'*esofagismo o disfagia spastica funzionale*.

a) La *cardialgia* è caratterizzata da un senso di dolore, di pena o di bruciore dell'esofago un po' al disotto del manubrio dello sterno e anche più in basso. Può durare qualche secondo, qualche minuto primo ed anche più. È spesso associata ad altri disturbi allergici ed a stati ansiosi. Le forme più ostinate si hanno negli ultimi mesi della gravidanza ed in soggetti neuropatici. È molto frequente in seguito ad emozioni. Non è sostenibile l'opinione che la cardialgia sia prodotta da rigurgiti acidi o da spasmo della musculatura del cardias. Sembra che si tratti di fenomeno sensitivo con punto di partenza nella mucosa esofagea nel punto dove la mucosa da sensibile diventa insensibile.

b) Il *globus* o *bolo* è costituito dalla sensazione della presenza e del passaggio di un piccolo corpo estraneo attraverso l'esofago. È avvertito in genere dietro il pomo di Adamo o dietro lo sterno. Non è accompagnato da dolore, disfagia o rigurgito. Una sensazione affatto simile può avvertirsi nello stomaco, nel colon e nel retto. È molto frequente nei neuropatici. Sembra dovuto ad uno spasmo della tunica muscolare dell'esofago.

c) La *disfagia spastica funzionale o esofagismo* è caratterizzata da dolore lungo l'esofago e da difficoltà della deglutizione.

2) *Le neurosi del colon* sono caratterizzate da quei disturbi neuromuscolari del colon designati come colospasmo cronico, stipsi spastica, colon spastico, ipertonia del colon, e che una volta erano impropriamente diagnosticati come coliti.

La condizione si verifica con maggiore frequenza in individui con tare nervose, in seguito a strapazzi, tensione nervosa continua, emozioni ed anche ad irregolarità dietetiche. È spesso associata all'emicrania, all'asma,

alle neurosi esofagee, alla proctalgia, alle neurosi cardiache, alla dismenorrea, all'urticaria, all'epilessia, all'edema angioneurotico, al vaginismo, alle disfasie.

La neurosi del colon è caratterizzata da dolori addominali localizzati lungo il colon, per lo più l'ascendente o il discendente. Il dolore è continuo, non ritmico o improvviso come quello che si ha in seguito a purghe, alle enteriti o all'occlusione intestinale. e neppure acuto e violento come quello delle infiammazioni viscerali o peritoneali. Molto spesso però il dolore del colon spastico è molto intenso in modo da simulare le grandi crisi delle calcolosi epatica e renale.

La diagnosi differenziale va posta con l'appendicite, l'ulcera gastrica o duodenale, la diverticulite, il cancro del colon, la colite ulcerativa, l'indigestione, la colica renale, le affezioni delle ovaia e delle trombe.

La neurosi del colon si accompagna spesso ad altre manifestazioni allergiche.

3) Le *neurosi rettali* non sono molto frequenti. Sotto il nome di proctalgia fugax Thaysen ha descritto una forma dolorosa di spasmo rettale che sopravviene in assenza di ogni apprezzabile alterazione organica. Il dolore è localizzato al retto, diventa rapidamente molto intenso e dà talvolta l'impressione che il coccige sia violentemente spinto in avanti o in dietro. È talvolta così forte da provocare pallore e deliquio. Dura in media 5-15 minuti, raramente più a lungo. Sopravviene ad accessi separati da lunghi intervalli, più comunemente di notte e nelle prime ore del mattino. Di solito non ha rapporti con la defecazione e perciò si distingue dal dolore prodotto dal cancro, dalle ulcerazioni e dall'ingorgo fecale. Al principio dell'attacco si ha desiderio di defecare ed emissione di gas, con la quale il dolore cessa. Gli accessi dolorosi hanno qualche cosa di simile con le crisi rettali della tabe, dalle quali è facile differenziarle in base ai risultati dell'esame neurologico. In genere le proctalgie essenziali si verificano in individui depressi ed esauriti.

4) Le *neurosi vescicali* sono molto più comuni di quelle che generalmente si crede. A esse appartiene senz'altro la minzione impellente ed involontaria provocata dalla paura o da altre emozioni. Analogamente va considerata come una neurosi vescicale l'enuresi notturna. Sono state descritte cistalgie nonchè forme, sia pure, d'incontinenza e di ritenzione non determinate da lesioni organiche ed accompagnate da gravi stati ansiosi.

5) Le *neurosi cardiache* sono le più comuni e forse anche le più note. Si estrinsecano con alterazioni della frequenza, del ritmo o con sensazioni varie localizzate al cuore, che possono raggiungere il grado di dolori violentissimi (tachicardia parossistica, crisi vasovagali, cuore da soldato, cuore da sforzo, cardiopalmo nervoso, ecc.).

6) *Neurosi viscerali multiple.* Talvolta le neurosi viscerali sono variamente associate fra loro o con altre condizioni parossistiche non viscerali. La febbre da fieno, l'emicrania o l'edema angioneurotico possono verificarsi insieme allo spasmo del colon o alla proctalgia, l'asma insieme alla tachicardia parossistica, l'urticaria insieme a neurosi addominali.

È a rilevare che le neurosi viscerali multiple raramente si verificano contemporaneamente; di solito si alternano nei vari periodi della vita. Al riguardo si differenziano nettamente dalle sindromi così dette allergiche e sopra tutto dalle più intense e specifiche reazioni anafilattiche. Nello choc anafilattico o malattia da siero si hanno contemporaneamente o a breve distanza fenomeni a carico di vari organi e tessuti: profonda caduta della pressione, tachicardia, senso di morte imminente, edema angioneurotico, urticaria, asma, disturbi gastrointestinali (per lo più diarrea) e poliartrite.

La terapia delle neurosi viscerali è condizionata da tre elementi.

Occorre innanzi tutto stabilire bene la diagnosi, scartando l'eventualità che si tratti di un'affezione dipendente da alterazione organica e ben persuadendo di ciò il paziente; spesso la persistenza dei disturbi dipende dalla convinzione del soggetto di essere affetto da una malattia organica, imponendosi restrizioni di ogni genere, specie dietetiche, che non fanno che aggravare la situazione. In secondo luogo conviene precisare la genesi del disturbo ed infine indagare le circostanze che accompagnano il disturbo stesso e sopra tutte le abitudini, le condizioni psichiche, l'ambiente di vita del paziente.

Eliminata l'esistenza di fatti organici, accertato il tipo del disturbo funzionale e le sue possibili cause, si porrà mano a suggerire condizioni di vita che valgano ad eliminare il disturbo o quanto meno a correggerlo, ed a somministrare eventualmente medicamenti che farmacologicamente hanno un'azione antagonista alla causa del disturbo o valgono a calmarlo. In ogni caso s'inibirà ogni eccitante (tè forte, alcool, spezie, condimenti, ecc.); si preferiranno bagni generali o applicazioni calde locali. Si consiglierà l'adatta alimentazione ed a seconda della natura del disturbo farmaci di vario genere (belladonna, bromuri, barbiturici, alcalini, ecc.).

È ovvio che una notevole importanza ha la psicoterapia.

In ogni caso conviene tener presente che le neurosi viscerali non sempre sono così innocenti come si potrebbe credere. A parte il fatto della loro molestia c'è da considerare che alcune di esse per la loro frequente ripetizione e per le condizioni di vita che impongono possono riuscire per sè stesse invalidanti ed avere serie ripercussioni sullo stato generale. Senza dire che le neurosi cardiache, e particolarmente gli accessi di tachicardia parossistica e vasovagali possono riuscire fatali. Dr.

PRONTO SOCCORSO.

Prime cure nelle lesioni oculari

(G. W. FREYTAG. *Mediz. Klin.*, 14 luglio 1939).

Le lesioni delle palpebre da traumi ottusi si curano con impacchi freddi. Il medico deve però accertarsi che non esista frattura dei margini obitali. Si palperanno quindi accuratamente, attraverso l'edema, i margini ossei. Se il dito che palpa le palpebre tumefatte avverte un crepitio, è stata lesa una cavità pneumatica. Nelle ustioni delle palpebre si penserà al pericolo di retrazioni cicatriziali (e provocanti ectropion) specialmente se esse sono vicine al margine palpebrale. Nelle ustioni da alcali caustici è urgente la immediata escissione del tessuto leso e adiacente onde evitare una ulteriore distruzione di tessuti per l'azione solvente che gli alcali esercitano sulle proteine tissurali. Le ferite da taglio delle palpebre vanno suturate con grande cura se esse arrivano al margine libero, e anche dal lato della congiuntiva onde evitare un successivo coloboma. Aghi e filo molto fini, lavoro accurato. Ferite da morso danno cattive cicatrici; al caso si escideranno le parti schiacciate per evitare una infezione. Le lesioni dell'apparato lacrimale vanno curate dallo specialista; dolori improvvisi pungenti nell'angolo oculare possono dipendere dalla penetrazione di corpi estranei (ciglia) nel punto lacrimale e cessano con l'estrazione. Le lesioni orbitali si curano sempre come se fossero infettate. Evitare il sondaggio: si lava il sacco congiuntivale con soluzione 3 per mille di ossicianato di mercurio o con acqua ossigenata diluita e si fascia. Prima però è necessario procedere ad un esame della vista coprendo l'occhio sano, e ad un esame della pupilla: se il nervo ottico è tagliato si ha amaurosi e manca la reazione pupillare diretta mentre è conservata la consensuale. La fasciatura va cambiata giornalmente.

In casi infetti si forma un ascesso orbitario con pericolo di vita per la vicinanza del cervello. Si deve allora quanto prima incidere lateralmente al bulbo. Ferite da taglio della congiuntiva vanno suturate se i margini sono beanti (anestesia con cocaina 3 %). Ustioni e causticazioni della congiuntiva comportano il pericolo del sinblefaroma, soprattutto nelle lesioni da calce. Abbandante lavaggio della congiuntiva con acqua tiepida o paraffina liquida, ectropizzando le palpebre; eventualmente si devono allontanare con la pinzetta particelle di calce. Preoccupanti possono essere le lesioni da matita copiativa, specie se qualche pezzetto è rimasto nella congiuntiva: il violetto di metile, come gli alcali, produce gravi necrosi tissurali anche dopo giorni. Se il pezzetto di matita non è stato subito allontanato, le parti causticate vanno escisse quanto prima.

Le lesioni del bulbo possono essere non perforanti o perforanti, le ultime hanno una prognosi molto seria per il pericolo di infezione. Ferite superficiali della cornea guariscono bene se non sono infette: basta lavare con acqua ossigenata diluita e fasciare. Se i margini della ferita si mostrano infiltrati si causticano con uno spillo arroventato a rosso e si istilla atropina. Erosioni anche lievi della cornea (da spighe, rami, ecc.) possono avere conseguenze molto gravi se nel sacco congiuntivale si trovano germi patogeni, come sempre nel caso di suppurazione cronica del sacco lacrimale. Si forma allora il famigerato « ulcus serpens »: dolori, disturbi visivi, occhio rosso, pupilla stretta, perdita di sostanza con margine infiltrato grigiastro nel settore inferiore della cornea, ipopion alto alcuni mm. nella camera anteriore. Si istilla allora ripetutamente atropina all'1 % e dopo cocainizzazione si cauterizza l'ulcera e soprattutto il suo margine progrediente con piccolo termocauterio o con uno spillo arroventato al calore rosso-debole (non bianco!). Questa cura è urgente: solo se entro poche ore è raggiungibile un oculista, si potrà accontentasi della istillazione di atropina. Non curata rapidamente e bene, l'ulcera produce uno stafiloma o una tisi del bulbo e quindi la perdita dell'occhio. La guarigione avviene con formazione di opacamenti corneali che abbisognano di ulteriore terapia. Le ustioni da calce e da alcali della cornea vanno curate come si è detto per la congiuntiva, ma dopo cocainizzazione: nell'ultimo caso è necessario escidere il tessuto causticato e quello vicino anche se questo dà delle gravi cicatrici. Corpi estranei nella cornea si allontanano (dopo applicazione di cocaina al 3 % per 2-3 volte ad intervalli di 2 minuti) con tampone umido o con appositi aghi a punta allargata: quindi fasciatura con pomata al precipitato 1 %, solo se esiste già forte irritazione e miosi si dovrà istillare atropina. Traumi ottusi del bulbo possono produrre emorragie nella camera anteriore da lesioni dell'iride: queste emorragie per lo più si riassorbono entro 8-14 giorni. Invece le emorragie del corpo vitreo o non si riassorbono o lo fanno con molta lentezza. Emorragie e lacerazioni coroidali non disturbano molto la vista: se estese esse provocano però un distacco della retina. Il distacco retinico abbastanza recente può venir operato con il 60-80 % di probabilità favorevoli. Traumi ottusi possono anche provocare lussazioni del cristallino; possono anche procidere insieme parti dell'iride, del corpo ciliare, del corpo vitreo. Il medico pratico dovrà in questi casi sorvegliare soprattutto che non si verifichi aumento di pressione endoculare, nel quale caso urge un intervento (ripetuti esami della pressione del bulbo, confrontando con l'occhio sano). Segni sospetti sono la iniezione

ciliare, e la comparsa di nuovi dolori, soprattutto al capo. Le lesioni perforanti del bulbo comportano il pericolo dell'infezione. Dopo cocainizzazione (soluzione sterile!) si asporta con una piccola forbice tutto ciò che procide dalla ferita: prima si laverà il sacco congiuntivale con soluzioni disinfettanti. Fasciatura compressiva leggera, invio in una clinica oculistica. Solo in una clinica si potrà sorvegliare bene l'ulteriore decorso, cercare di frenare l'infezione (cauterizzando i margini della ferita) ed estirpare a tempo l'occhio se minaccia l'oftalmia simpatica (dal 12° al 50° giorno dopo la ferita). P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

Questions cliniques d'actualité. VI série. Vol. di p. 320, frs. 65. Masson et C.e édit. Paris.

Trattasi delle lezioni tenute alla Charité nel 1937 sotto la direzione del Sergent, scelte e pubblicate seguendo l'uso inaugurato nel 1929.

Nel gruppo attuale, in verità argomenti tutti del massimo interesse clinico, ricorderemo le lezioni dell'Alajouanine, sulle sindromi neuroanemiche; del Sergent, sulla tubercolosi ed il contagio; del Laubry, sulle pericarditi tubercolari; del Sayé, sulle broncopolmoniti acute non tubercolari e sulle sindromi pseudotubercolari di origine grippale; del Pruvost, sulle cisti aeree del polmone; del Marfan, sulle albuminurie intermittenti dei ragazzi ed adolescenti; dello Janet, sulla prognosi delle convulsioni nell'infanzia; del Bordet, sulla diatesi eredosifilitica; del Flurin, sullo zolfo nella terapia respiratoria; del Ribadeau-Dumas, sui disturbi umorali nel lattante; del Roger, sulle funzioni del cervello; della Stephani, sulle lesioni della colonna vertebrale nei tubercolotici polmonari; del Tournade sui meccanismi regolatori nervosi ed umorali della pressione arteriosa; del Turpin, sulla genetica applicata alla profilassi delle malattie umane; dello Chauvois, sulle moderne vedute della circolazione del sangue; del Génevrier, sulla stenosi del torace; del Michon, sul rene mobile, ecc.

La trattazione di ciascun argomento ha scopo essenzialmente pratico: la consultazione della pubblicazione apporterà notevole utile a chi, studente o pratico, vorrà aggiornarsi sulle singole questioni. MONTELEONE.

Notiziario di terapia, 1938. Ed. « Indice terapeutico ». Trieste. Lire 25

La casa editrice dell'« Indice terapeutico », ha iniziato la pubblicazione di questo notiziario, che raccoglie, a cura del dott. A. Mayer, notevoli contribuiti dei vari autori italiani ed esteri nel campo della terapia.

La materia viene esposta in ordine alfabetico, in forma di riassunto del lavoro citato, e con l'aggiunta delle eventuali prescrizioni medicamentose proposte.

Si tratta dunque di un libro di facile e rapida consultazione, che potrà riuscire di somma utilità tanto al medico generico che allo specialista, i quali, d'ora innanzi, non avranno più necessità di ricorrere a pubblicazioni estere similari. M. FABERI.

A. RAVINA. *L'année thérapeutique.* Editore Masson. Parigi. Prezzo, fr. 25.

Questa pubblicazione che ha tredici anni di vita, fissa le tappe dei progressi della terapia.

Il volume ora comparso e riguardante il 1938 è particolarmente interessante perchè dà conto di effettive conquiste ormai conclamate da larga esperienza.

Sono considerati i nuovi trattamenti relativi a 32 malattie e sintomi, i perfezionamenti raggiunti in 6 metodi e tecniche terapeutiche, i nuovi farmaci con le loro varie applicazioni.

L'opera si conclude con un elenco alfabetico degli argomenti trattati nei precedenti volumi dal 1931 al 1937. DR.

REUTTER. *Traité de chimie pharmaceutique.* Editore J. B. Baillière et F. Parigi. Prezzo Fr. 95.

È un'opera di facile consultazione e ricca di notizie e di dati interessanti tutti gli esercenti l'arte sanitaria.

Di tutti i medicamenti, fra i quali figurano numerose le nuove conquiste della terapia, sono dati in modo sommario ma preciso i caratteri, il modo di preparazione, l'azione farmacologica, le indicazioni terapeutiche.

DR.

Ministero dell'Interno. Istituto di Sanità Pubblica. *Rendiconti.* Vol. I, parte II. Un vol. in-8° di 384 pagg. con figg. e tavv. Roma, 1938.

Abbiamo già data notizia — quando si è pubblicata la prima parte di questo volume di « Rendiconti » — della bella iniziativa dell'Istituto di Sanità Pubblica di riunire i lavori che vi si compiono e che hanno grande importanza scientifica e pratica. Ne troviamo 28 in questa seconda parte: alcuni di essi riguardano problemi di macinazione e di panificazione, in parte dovuti allo stesso direttore dell'Istituto, prof. Marotta, che ha anche uno studio sul pesce nell'alimentazione umana. Altri lavori considerano i problemi della malaria (Hackett, La Face, Giovannola), questioni sierologiche (Russo, Satta), elmintologiche (Penso), fisiche (Fermi, Intonti), ecc. Un complesso di lavori di alto interesse scientifico, i quali dimostrano la feconda attività dell'Istituto stesso.

fil.

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

(Napoli, 6-8 novembre 1939-XVIII).

(*Continuazione; vedi numero precedente*).

Seduta in comune con la Soc. Italiana di Chirurgia

(7 novembre, ore 9)

Presidenza: sen. proff. ALESSANDRI, D'AMATO.

Morbo di Banti e sindromi affini.

Prof. D. CESA-BIANCHI e prof. M. CELLINA per la parte medica; prof. G. CASTIGLIONI e prof. V. PETTINARI per la parte chirurgica.

Conclusioni.

D. Cesa Bianchi e M. Cellina (Milano)

La indubbiamente geniale concezione di Guido Banti che or fa quasi mezzo secolo affermava la esistenza di una particolare malattia avente inizio e sede primitiva nella milza ed interessante secondariamente il fegato, caratterizzata da un quadro clinico tipico, e cioè, da splenomegalia primitiva con cirrosi epatica secondaria, da lesioni istologiche peculiari (fibroadenia) e da una propria etiologia sia pure a carattere negativo, col passare degli anni è andata progressivamente così modificandosi da non essere quasi più riconoscibile e quel che è peggio da essere causa di contrasti e di confusione, tanto che, negato da molti, il morbo di Banti viene oggi ben raramente diagnosticato.

Sono stati innanzi tutto i patologici a dimostrare che la corrispondenza fra quadro clinico e reperto anatomico non era per niente costante, potendosi da un lato osservare lesioni tipicamente fibroadeniche anche in splenomegalie non di tipo Banti e più particolarmente in milze appartenenti al vasto gruppo delle cirrosi epatiche, e non essendo dall'altro lato, il reperto fibroadenico sempre costante nelle milze bantiane, nel senso che esso può mancare anche in casi in cui il quadro clinico si presenta assolutamente sovrapponibile a quello descritto dal patologo fiorentino. In breve, si è dimostrato dai patologi non costituire la fibroadenia una caratteristica nè sufficiente nè necessaria del morbo di Banti.

Ma anche il secondo pilastro su cui poggiava la classica costruzione bantiana, la mancanza, cioè, di una etiologia nota, è stato ben presto scosso dalla dimostrata esistenza di casi presentanti un quadro clinico ed anatomico prettamente bantiano ma ad etiologia conosciuta; casi che con il progressivo affinarsi dell'indagine clinica e dei mezzi diagnostici si andavano dimostrando sempre più frequenti specialmente per quel che riguarda la sifilide, ma ancora, sebbene più raramente, per la infezione malarica, la tubercolare, la leishmaniosi.

Per cui alla primitiva concezione evidentemente troppo stretta e rigida di « morbo di Banti » si è andato gradatamente sostituendo per opera soprattutto dei clinici, che non potevano rinunciare ad un quadro morboso realmente esistente, quella più ampia ed elastica, anche se non precisa, di « sindrome bantiana » o « bantisimile »; di un complesso sintomatologico, cioè, di pretto tipo bantiano (spleno-megalia primitiva con oligoemia e cirrosi epatica secondarie) ma ad etiologia varia, nota od ignota, e con lesioni anatomiche aspecifiche.

Di pari passo al declinare della classica concezione bantiana che pur tra contrasti spesso vivaci e tra opposti pareri di clinici e di patologi ha tenuto validamente il campo per qualche decennio, si era andato intanto affermando nel gruppo complesso delle affezioni splenomegaliche il quadro clinico della così detta « *splenomegalia tromboflebitica* » che per opera di Cauchois prima, ma più specialmente di Eppinger e di Frugoni, giunse ad assumere un nosografismo ben definito. In questa nuova concezione morbosa il rapporto cronologico-patogenetico fra spleno-megalia e lesioni venose extra-spleniche veniva a trovarsi in netta opposizione con la classica concezione bantiana di una splenomegalia primitiva con lesioni secondarie della vena emulgente e quindi del fegato, in quanto che si attribuiva alla lesione occlusiva del vaso venoso, splenico o portale, il significato di fattore primitivo, necessario e sufficiente perchè si potesse istituire la splenomegalia che veniva ad essere pertanto considerata come nettamente secondaria ed essenzialmente da stasi.

Ma anche questa concezione di una splenomegalia tromboflebitica non ha resistito molto alla critica — vi ha resistito anzi assai meno della concezione bantiana — soprattutto per quanto riguarda la patogenesi della splenomegalia ed i suoi rapporti cronologici con la occlusione trombotica della vena. Attente osservazioni anatomo-cliniche hanno potuto infatti dimostrare come un quadro clinico di tipo tromboflebitico possa determinarsi non solo in assenza di ogni alterazione occlusiva della vena splenica o della porta, ma pure all'infuori di ogni modificazione sclerotica delle pareti venose ed hanno ancora potuto dimostrare come il reperto operatorio-anatomico risultasse nelle due evenienze perfettamente analogo.

Si è così venuta gradatamente accreditando l'ipotesi, basata anche sui risultati complessivamente negativi conseguiti con le indagini sperimentali, che la trombosi venosa non fosse la causa, ma semplicemente un epifenomeno di un vizio circolatorio preesistente in campo portale, conseguenza quindi e non già causa della splenomegalia, la quale veniva così a riprendere il significato patogenetico di « centro motore » di tutta la sindrome morbosa, in pieno accordo con la primitiva concezione bantiana, ed in opposizione con le varie patogenesi « da stasi », che trovavano nella trombosi della vena splenica la loro manifestazione paradigmatica

Al concetto di « stasi », si è pertanto sostituito lentamente un altro concetto patogenetico più vasto e generico, fondato su constatazioni anatomo-operatorie e funzionali: quello di « ingorgo » o di « pletora ipertensiva » nel campo portale, mentre parallelamente il quadro clinico creduto proprio della splenomegalia tromboflebitica veniva sempre più allargandosi fino a comprendere una serie ben più vasta di casi, con o senza occlusione trombotica, aventi in comune caratteristiche cliniche

ed anatomiche tali da renderne relativamente facile la identificazione.

Dal punto di vista clinico, difatti, questi casi presentano tutti un tumore di milza cospicuo e fortemente sensibile, con evidente riduzione di volume dell'organo, agli stimoli farmacodinamici del tipo adrenalinico, che si accompagna ad anemia modesta o addirittura assente ed a frequenti episodi emorragici a carico del tubo gastro-enterico. Dal punto di vista anatomico poi, il tumore di milza presenta sempre segni evidenti di congestione, assieme a note più o meno intense di sclerosi perivascolare, trabecolare, sinusale o cordonale ed a ricchezza, varia da caso a caso, ma in genere notevole, dei così detti noduli di Gamna; il fegato invece, pur non potendosi dire del tutto indenne, non presenta generalmente, alcuna alterazione di tipo cirrotico.

La ricchezza di noduli o aree di Gamna di queste milze ha riportato in discussione lo studio e il significato istologico, etiologico e patogenetico di queste particolari formazioni. Caduta la loro presunta natura micotica, basata soltanto su una grossolana analogia morfologica con granulomi fungini, questi noduli sono stati ricondotti al loro reale significato di formazioni regressive aspecifiche, se pur particolari del tessuto splenico, anche all'infuori della sua sede normale, dovuta al sommarsi di alterazioni regressive ed emorragiche conseguenti a disturbi circolatori nella compagine del viscere.

La interpretazione del fenomeno della splenoriduzione adrenalinica quasi sempre evidente in queste grosse milze congestizio-sclerose, presuppone una chiara e precisa conoscenza dei meccanismi coi quali si estrinseca la riduzione di volume della milza e delle modificazioni ematiche strettamente connesse con lo stimolo adrenalinico. I primi non sono ancora ben chiariti, soprattutto per quel che riguarda la specie umana, essendo intimamente legati con le incerte nozioni che ancora si possiedono nei riguardi della dotazione in fibrocellule muscolari lisce della milza umana, da alcuni Autori ritenute abbondanti e pertanto sufficienti a spiegare la reazione all'adrenalina, mentre per altri sarebbero invece incapaci, per scarsità o debolezza, a giustificare la cospicua prestazione d'opera necessaria a svuotare una grossa milza patologica.

L'ipotesi che allo stato attuale sembra più soddisfacente è quella che tiene conto, nella spiegazione della splenoriduzione adrenalinica sia di un'azione diretta sulle trame muscolari dell'organo, che dell'indubbia influenza costrittiva esercitata dal farmaco sui vasi arteriosi, con tale conseguente diminuzione o annullamento della pressione di afflusso sanguigno, da permettere l'esplicarsi dell'attività retrattile del tessuto elastico e reticolare splenico.

L'esperienza ormai vasta fatta con l'attuazione pratica del fenomeno della splenoriduzione adrenalinica nel campo di queste splenomegalie congestizie, e più in generale nel campo dei tumori di milza apparentemente primitivi, ha dimostrato che il dato di prevalente, se anche non esclusiva importanza è quello fornito dalle modificazioni di volume rilevabili a carico della milza, sia con la semplice palpazione che con l'ausilio di tutti quei mezzi che di volta in volta si possano rendere necessari (esame radiologico, pneumoperitoneo, ecc.). Le modificazioni ematiche determinate dallo stimolo adrenalinico non possono invece, per la complessità della loro genesi, non ancora totalmente chiarita, fornire un criterio utilizzabile, potendosi ugualmente manifestare in soggetti splenoprivi.

Il fenomeno però di maggiore interesse emerso dallo studio delle splenomegalie congestizio-sclerose è indubbiamente dato dal costante rilievo di segni di « ingorgo » o di « ipertensione del circolo portale », assai più evidenti al letto operatorio che non al tavolo anatomico e documentati pure da un numero ormai discreto di dirette misurazioni manometriche.

L'interpretazione patogenetica dello stato di pletora ipertensiva portale presuppone l'esatta conoscenza dei fattori che in condizioni fisiologiche determinano e regolano la pressione nel territorio della vena porta, fattori complessi e non totalmente chiariti, che in base ad un'ampia analisi sono stati dai RR. schematicamente suddivisi in fattori condizionanti variazioni dell'afflusso del sangue alla milza e in fattori determinanti modificazioni del deflusso sanguigno; estremamente instabili gli uni e gli altri, ripetendo il circolo portale le sue caratteristiche dal fatto di essere intercalato fra due sistemi di resistenze variabili: il sistema capillare splenico e mesenterico, da un lato, e il sistema vascolare intraepatico, dall'altro.

L'ipertensione portale può avere cause svariate. In primo luogo essa può rappresentare la conseguenza di un ostacolato deflusso del sangue portale, sia che questo risulti determinato da una occlusione trombotica della vena, oppure da una retrazione cirrotica del fegato o anche da semplici fenomeni funzionali (iperemia ed iperafflusso di sangue dell'arteria epatica, spasmo delle diramazioni intraepatiche della vena porta, spasmo delle vene sovraepatiche, ecc.). Perchè in queste diverse eventualità si possa istituire un tumore di milza voluminoso è però necessario che parallelamente alle alterazioni extraspleniche si determino pure delle alterazioni intraspleniche tali da permettere e facilitare la progressiva distensione dell'organo. Ma poichè i segni di ipertensione portale, così come la splenomegalia, possono manifestarsi anche in assenza di ogni ostacolo al deflusso, ne deriva la necessità di ricercare nell'alterazione splenica la causa genetica della pletora ipertensiva portale.

A questa concezione di lesione primitivamente splenica, che ci ritorna pertanto alla più pura tradizione bantiana, si è stati lentamente portati dalla ripetuta osservazione di splenomegalie presentanti i segni della ipertensione portale, con assoluta esclusione dei fattori extrasplenici sopra ricordati, ed ancora dalla constatazione di una necessaria e parallela compromissione splenica anche nei casi che sembrano trarre la loro genesi dalla esistenza di una così detta « spina portale ». Attraverso la concezione della « splenomegalia congestizia-emorragipara » si è giunti, cioè, ad ammettere la possibilità di una « splenomegalia da atonia » prespettata dapprima dal Greppi e poi largamente accettata e sviluppata.

In base a queste constatazioni e confortati dai reperti anatomo-clinici forniti dalla loro casistica i RR. sono giunti all'elaborazione di una ipotesi patogenetica che, pur tenendo conto di tutte le varie possibilità contingenti sopra ricordate, *riporta la splenomegalia al significato di organo centrale e responsabile di tutta la sindrome.*

Secondo questa concezione patogenetica dei RR. si ammette che per l'intervento di fattori i più diversi (anatomici o semplicemente funzionali, infiammatori o tossici, nervosi o umorali) possa determinarsi una alterazione dei meccanismi che regolano il così detto « tono splenico » e lo « smorzamento della pressione arteriosa *endoparenchimale* », tale da condurre, per successivi stadi, alla progressiva tumefazione della milza ed all'ipertensione portale.

Ma anche nei casi in cui è dimostrabile la esistenza di una « spina irritativa » in campo portale, sia che questa risulti rappresentata da una alterazione della vena splenica o della porta (trombosi, angolatura, compressione, ecc.) o da lesioni epatiche (epatiti croniche), sia che agisce per via puramente meccanica o funzionale si deve ammettere che si possa giungere ad una splenomegalia soltanto quando nella milza stessa esistano condizioni di particolare labilità, congenita, costituzionale o acquisita, delle strutture elastiche e contrattili dell'organo.

È quindi ancora e sempre la alterazione splenica, di per se stessa, quella che va considerata come la vera causa del tumore di milza mentre il fattore ostruttivo, e la così detta spina, oltre che non necessari, come si è visto, vanno ancora considerati come non sufficienti.

Una volta ammessa questa patogenesi delle splenomegalie congestizio-sclerose l'alterazione epatica che abitualmente si accompagna, può assumere, di volta in volta, un diverso significato patogenetico, in quanto cronologicamente può essere ritenuta come precedente, come contemporanea, oppure come conseguente all'instaurarsi della splenomegalia. Quest'ultima possibilità che è quella strettamente aderente alla classica concezione bantiana, risulta dimostrata oltre che da numerose ricerche sugli animali da una esperienza clinica ormai semi-secolare.

Ma la splenomegalia di tipo congestizio-scleroso, una volta instauratasi, è ancora capace di esercitare una influenza sfavorevole, oltre che sul fegato, anche sull'emopoiesi, dando origine a discrasie ematiche che il Banti ha il grande merito di avere, per primo, riconosciuto e giustamente interpretato nella loro caratteristica fondamentale, oggi pienamente dimostrata, quella, cioè, di essere dovuta a inibizione funzionale del midollo osseo.

Accanto a queste discrasie midollari, le splenomegalie congestizio-sclerose possono pure esercitare una azione inibitrice sullo sviluppo somatico, psichico e sessuale, quando si manifestino in soggetti d'età giovanile e ciò per un'azione umorale, secondo alcuni Autori, o per semplici alterazioni metaboliche, secondo altri.

Il carattere congestizio e la pletora addominale che sono propri di queste splenomegalie fatalmente finiscono col ripercuotersi sui visceri tributari del circolo portale, condizionando disturbi funzionali vari, particolarmente notevoli a carico dello stomaco e del duodeno, dove possono anche manifestarsi sotto forma di lesioni organiche diverse, fino allo stabilirsi in qualche caso di fatti ulcerativi.

Le emorragie digestive che con tanta frequenza si presentano e si ripetono nel decorso di una splenomegalia congestizio-sclerosa trovano nello stato di pletora ipertensiva cui è sottoposto il campo portale la loro causa di maggior importanza, ma di per sè stessa forse non sufficiente a determinare l'episodio emorragico. Perchè questo intervenga, occorre la coesistenza di alterazioni anatomiche o funzionali a carico dei vasi gastro-duodenali, mentre l'eventuale presenza di uno stato diatesico emorragico non costituirebbe che un fattore predisponente o scatenante d'importanza variabile da caso a caso.

La dimostrata aspecificità del quadro istologico bantiano, in uno con la possibilità ed anzi con la frequenza dei fattori etiologici diversi e noti, non possono oggi più permetterci, come i RR. hanno già detto, di accettare la esistenza di un morbo di Banti inteso in senso stretto e quindi distinto dalle splenomegalie congestizio-sclerose, essendo il quadro anatomo-clinico, il meccanismo patogenetico e il secondario risentimento epatico e midollare offerti da queste ultime, pienamente sovrapponibili con quanto si verifica nella classica concezione bantiana. Alla denominazione di « morbo di Banti » si deve pertanto oggi sostituire quella più complessa e meglio adattabile alla realtà dei fatti di « sindrome bantiana », intesa come un complesso sintomatologico sufficientemente preciso e caratterizzato da una splenomegalia cronica apparentemente primitiva (e quindi non emopatica, nè blastomatosa, nè da tesaurizzazione), ad etiologia varia, nota e ignota, a netta impronta congestizia e ad evoluzione sclerotica, abitualmente anche se non costantemente seguita da cirrosi epatica, ed a fisionomia clinica segnata da episodi emorragici gastro-duodenali e da anemia di tipo spleno-inibitorio.

Nella pratica è poi soprattutto il criterio della insorgenza apparentemente primitiva della malattia nella milza, secondo la geniale intuizione di Guido Banti, quello che ci può permettere di distinguere una sindrome di tipo bantiano, tanto da una sindrome epato-splenomegalica, in cui la apparente contemporanea sofferenza dei due visceri fa presumere una contemporanea localizzazione della *noxa* morbosa nella milza e nel fegato, così come da una cirrosi epatica più o meno splenomegalica nella quale la sede della *noxa* e le conseguenti lesioni sono inizialmente e restano prevalentemente localizzate nel fegato.

Nè con ciò si viene a cancellare e neppure a diminuire dal nostro nosografismo il quadro del morbo di Banti, che anzi viene ad essere allargato ad un numero ben maggiore di casi, quando questi presentino come dati comuni quelli che devono ancor oggi esser considerati siccome i capisaldi della geniale concezione di Guido Banti, visti alla stregua delle nostre attuali cognizioni: splenomegalia apparentemente primitiva di tipo congestizio-fibrosa dovuta ad una *noxa* generalmente ignota ma varia, che sopraggiunta per via arteriosa lede primitivamente la milza nelle sue strutture vascolari e stromatiche e successivamente il sistema venoso extrasplenico ed il fegato, compromettendo altresì la crasi sanguigna.

Splenomegalia pertanto causa e centro motore di tutte le sindrome morbose, come è dimostrato dal fatto che l'allontanamento tempestivo del tumore di milza può determinare una guarigione definitiva.

L'aggiunta, oggi possibile, allo schema bantiano, di qualche carattere funzionale o anatomico (congestione, contrattilità, noduli sclerosiderotici) non può che completare quanto il genio

di Guido Banti aveva fin da cinquant'anni or sono delineato, ribadendo la piena legittimità della concezione del nostro grande patologo.

In mancanza, fuor che per pochi casi a etiologia identificabile, di una efficace terapia conservatrice, sia medicamentosa che fisica, la cura delle sindromi bantiane resta ancora oggi essenzialmente chirurgica. Cinquant'anni o poco meno di esperienza con la splenectomia hanno convalidato questa indicazione terapeutica, prospettata da Banti fin dalle sue prime comunicazioni e che ancor oggi costituisce l'indicazione curativa d'elezione nel campo delle splenomegalie congestizio-sclerose o di tipo bantiano.

La splenectomia rappresenta però sempre, soprattutto nelle forme a carattere prevalentemente congestizio, un intervento di notevole gravità, condizionando essa ancora oggi una relativamente alta mortalità, per cui all'atto pratico la sua indicazione piuttosto che su criteri generali deve basarsi sull'attento esame di ogni singolo caso.

La coesistenza di alterazioni epatiche sicuramente apprezzabili, la presenza di un trombo che si possa presumere estendersi alla porta, una grave e inesistente discrasia sanguigna, rappresentano, in aggiunta alla eventuale esistenza di condizioni sfavorevoli dal punto di vista tecnico (aderenze estese e tenaci, volume cospicuo dello splene, ecc.), i punti che richiameranno specialmente l'attenzione del medico e che dovranno essere accuratamente valutati prima di consigliare la splenectomia.

La legatura dell'arteria splenica, intervento indubbiamente assai meno grave e quindi meglio sopportato, se è pienamente giustificato dal punto di vista dottrinale, attende però ancora dai risultati a distanza la sua definitiva consacrazione.

G. CASTIGLIONI (Milano). — Il Relatore premette alcuni ricordi di ordine generale per stabilire e limitare le forme che prenderà in considerazione come affini al Morbo di Banti.

Sono quindi passati in rassegna particoli anatomo-clinici del Morbo di Banti, secondo la descrizione che ne ha fatto l'autore.

Dopo di che vengono presi in considerazione, forma per forma, i rapporti anatomo clinici tra quest'ultimo e quelle forme che possono considerarsi particolarmente affini ad esso, quali le splenomegalie tubercolari, le luetiche, le malariche, le forme micotiche parassitarie e specialmente le cirrosi splenomegaliche e le così dette splenomegalie congestizie.

È prospettata e discussa la questione fondamentale se si debba conservare l'individualità nosologica del Morbo di Banti o se questo debba essere confuso colle comuni splenomegalie croniche non epatiche non emolitiche, o se debba essere considerato come una comune cirrosi senza fisionomia propria.

Per quanto riguarda il problema etiologico, premesso che a fattori etiologici specifici, in tema di patologia splenica talora non può assegnarsi che un significato relativo di fattore predisponente e che la splenopatia può a un certo punto assumere un andamento autonomo, e premesso che non possono ascriversi al Morbo di Banti forme con quadro anatomico spleno-epatico a carattere di granuloma specifico o di alterazioni comunque caratteristiche di determinate infezioni, il Relatore ammette (pure con restrizioni) un'etiologia allargata al Morbo di Banti e ciò in rapporto essenzialmente a rilievi tratti dalla letteratura sull'argomento, nella quale sono ricordati numerosi casi ascrivibili a Sindromi Bantiane e nelle cui anamnesi figurano diversi precedenti morbosi.

Anche alle peculiarità anatomo-istologiche crede si possa assegnare una certa larghezza d'interpretazione in confronto delle restrizioni indicate da Banti, pur mantenendo a queste, nelle linee generali, significato di carattere fondamentale, predominante, di cui non si può negare l'importanza.

All'incontro a certi reperti accessori non può mantenersi il significato di carattere differenziale fondamentale, perchè al determinismo di essi contribuiscono verosimilmente fattori diversi per natura e per grado, (note di congestione più o meno evidenti e dimostrabili, disposizione della fibroadenia più perifollicolare che centrofollicolare in forme recenti o con precedenti infettivi o tossici, o con fatti di stasi, ecc.). Particolare affinità col Morbo di Banti presenterebbero certe cirrosi splenomegaliche; fra queste soprattutto le forme anitteriche o subitteriche non iperemolitiche, accompagnate spesso e in apparenza precedentemente da emorragie digestive, di fronte alle quali è talora, più che difficile, impossibile stabilire la precedenza delle lesioni spleniche sulle epatiche, e in cui il quadro clinicoanatomico si sovrappone, nelle linee generali, al tipico Bantiano e poi, dopo che sono sorte ematemesi, a quello delle forme congestizie.

Nello studio di questi casi, è impossibile talvolta stabilire se ci troviamo di fronte ad un Morbo di Banti a tipo fibro-congestizio oppure ad una cirrosi ipersplenomegalica. Considerazioni di ordine generale in rapporto al moderno concetto di *noxa*, che simultaneamente agirebbe sul sistema spleno-porto-epatico, e considerazioni basate sul concetto del cosidetto circolo vizioso spleno-epatico, rendono anche più difficile la differenziazione, già particolarmente complessa dalla moderna tendenza a sconfinare dai limiti restrittivi clinici-anatomici imposti da Banti.

Per molte di queste forme però, qualunque sia stata la primitiva localizzazione morbosa, la lesione splenica viene ad assumere una autonomia di decorso e si fa, secondo il concetto Bantiano, centro di malattia, agendo in senso patogeno sul fegato, così che la splenectomia si impone.

Si sono sovrapposte al quadro Bantiano le forme fibro-congestizie che potrebbero spiegare le emorragie digestive anche in periodi non terminali ed indipendentemente da processi di cirrosi epatica.

Questo problema è studiato nei suoi vari aspetti e dopo ampie considerazioni il Relatore sostiene che non è possibile stabilire una separazione tra sindromi Bantiane con splenomegalia a tipo nettamente fibroso e forme a tipo fibro-congestizio o congestizio: solo si può fare eccezione per le rare forme precocemente trombo-flebitiche occlusive che di regola evolvono con integrità epatica.

Pure ammessa una stretta relazione di patimento epato-splenico e spleno-epatico esistono quindi forme in cui la milza può, come nel genuino Morbo di Banti, assumere una fisionomia

propria che finisce per dominare il quadro clinico-anatomico. Queste sono perciò da raggruppare tra le Sindromi Bantiane ove si devono riunire forme che per criteri anatomo-clinici e soprattutto patogenetici corrispondono al quadro e soprattutto al concetto informativo Bantiano. Ciò non vuol dire negare l'esistenza del Morbo di Banti; al contrario, significa, a giudizio del Relatore, allargarne i confini e subordinarli, anzichè alle strettoie di transitorie limitazioni eziologiche o di fini particolari sintomatici ed anatomici non fondamentali, al concetto informatore geniale Bantiano, che ha segnato un nuovo indirizzo nel campo della patologia splenica. È giusto raggruppare sotto il nome del grande Maestro fiorentino la sindrome da lui divinata, allargando così, anzichè sminuendo, il quadro Bantiano ed adattandolo alle successive conquiste.

Il Relatore include nelle Sindromi Bantiane forme splenomegaliche non emopatiche nè iperemolitiche (salvo che nei casi con spiccate note di cirrosi epatica) caratterizzate per lo più da anemia ipocromica, spesso, ma non sempre, leucopenica, con note anatomiche essenzialmente fibroadeniche a carattere clinico-anatomico, fibrocongestizio con frequente patimento epatico, ma in cui la milza assume andamento autonomo, non necessariamente nè esclusivamente legato a stasi portale, con caratteri aspecifici, anche di fronte alle più diverse condizioni eziologiche: il cui carattere fondamentale è rappresentato dalla preponderanza patogenetica, morbigena, della milza sul fegato e sul midollo, così che la asportazione della milza o modificazioni del suo metabolismo variamente indotte, possono portare a guarigione. Queste condizioni patogenetiche sono più facilmente spiegabili, anzichè con la concezione di una milza ad attiva circolazione, ricca di sangue, come l'esperimento operatorio ha dimostrato chiaramente a tutti i chirurgi.

Allo stato delle attuali conoscenze e anche in base a varie ricerche sperimentali personali, eseguite specialmente con anastomosi artero-venosa dei vasi splenici, il Relatore, pur ammettendo una patologia vasale a base della patogenesi di queste forme, ritiene debbano però considerarsi altri fattori patogenetici (di ordine tossico, infettivo, alterazioni funzionali endospleniche, turbe nervose ecc.).

Passando quindi allo studio del trattamento delle sindromi Bantiane, dopo aver stabilito le indicazioni e i limiti degli interventi chirurgici, ne vengono esaminati i risultati, raccogliendo dalla letteratura, in tabelle, le splenectomie per Morbo di Banti e sindromi affini, dopo il Congresso Internazionale di Chirurgia del 1926, ed esponendo 17 casi personalmente studiati.

Il trattamento terapeutico delle sindromi Bantiane è essenzialmente chirurgico, beninteso quando condizioni generali locali lo permettano. Gli atti chirurgici che si contendono il campo sono la splenectomia e la legatura arteriosa.

Prof. V. PETTINARI (Milano). — Milza e fegato simmetricamente poste nell'addome superiore costituiscono un sistema solidale in fisiologia e in patologia. Per quanto intima sia però la loro collaborazione i compiti reciproci sono indicati dalla diversa struttura: organo essenzialmente vascolare il primo in cui accanto al tessuto linfopoietico prevale l'elemento reticolo-istiocitario duttile e totipotente; delicata ed evoluta ghiandola esocrina e endocrina il secondo con una componente reticolo-istiocitaria importante, ma con più costante morfologia e con più precise funzioni.

In rapporto alla sua particolare struttura e per essere interposta tra il grande circolo ed il sistema portale, la milza svolge un'azione protettiva di arresto e di neutralizzazione e nello stesso tempo fornisce al fegato materiali elaborati necessari alla sua funzione. Tutto quanto esce da essa va al fegato, mentre in condizioni fisiologiche nulla dal fegato va direttamente alla milza.

In condizioni fisiologiche molti sono i campi di collaborazione splenoepatica. Una parte importante i due organi assumono nell'equilibrio circolatorio del sangue e nella biligenesi. Partecipano alla difesa antitossica e antibatterica, ai processi immunitari ed anafilattici e, in determinate condizioni, svolgono attiva funzione ematopoietica.

In tutte queste funzioni la milza ha una parte non indispensabile. In sua assenza il fegato ed altri tessuti assumono funzioni fino ad un certo punto vicarianti. In mancanza della milza però il fegato ha, non solo un sovraccarico di lavoro, ma riceve sostanze non elaborate e veleni che la milza è deputata a trattenere o neutralizzare ed è quindi più esposto a subire logoramento e danno. Quando la milza è lesa ne può derivare sofferenza epatica; sostanze tossiche di origine splenica possono direttamente giungere al fegato. Inoltre quando, anche per alterazioni extra-spleniche la funzione della milza è alterata, specie se in eccesso, l'arrivo al fegato in massa di sostanze anche fisiologiche può essere causa di sofferenza epatica. La rottura dell'anello spleno-epatico può in tale caso, anche in assenza di vera malattia splenica, avere valore terapeutico.

Nell'anello fisiologico e patologico spleno-epatico altri organi interferiscono (midollo osseo, ghiandole linfatiche, surrenali, sistema reticolo-istiocitario ecc.). Il pancreas invece mantiene una propria indipendenza.

Le connessioni spleno-epatiche si stabiliscono per via linfatica, nervosa e circolatoria.

Le connessioni linfatiche per quanto poche note hanno grande importanza in patologia.

Le connessioni nervose hanno invece notevole valore.

I rapporti vasali epato-splenici sono certamente i più conosciuti ed i più importanti. Gran parte della fisio-patologia spleno-epatica è legata alle variazioni pressorie del sistema porta ed alla permeabilità di questa grande via. Ogni sua variazione si ripercuote sui due organi con risultati diversi a seconda se la stasi è continua o remittente. In condizioni fisiologiche la pressione portale varia con ritmo giornaliero, in condizioni patologiche queste variazioni sono assai più complesse e possono giungere fino alla inversione del circolo del sistema della vena splenica.

Per quanto riguarda le connessioni spleno-epatiche, se la via portale è la strada maestra in senso milza-fegato; il grande circolo è la principale via di comunicazione in senso epato-splenico. Ne deriva che mentre la comunicazione nel primo senso è immediata, diretta senza intermediari, nel senso opposto ogni prodotto per passare dal fegato alla milza deve attraversare complesse tappe intermedie.

L'autolisi splenica, a via porta pervia ed a milza *in situ*, determina una diretta spinta pro-

liferativa sul connettivo epatico; gli stessi prodotti introdotti per via del grande circolo o per altra via della portale determinano solo fenomeni epatitici ed epatosici e perdono la loro azione cirrogena.

Prodotti di autolisi epatica, sia ottenuti *in situ* a porta pervia, che introdotti per altra via, determinano ugualmente nella milza una imponente reazione reticolo-istiocitaria con congestione, ma non hanno mai azione fibrosica o fibroadenica paragonabile all'inversa azione degli autolisati splenici. La distruzione di tessuto epatico non agisce quindi in modo specifico sulla milza, non determina uno stimolo proliferativo sulla componente connettivale, ma si comporta come tutti i tossici che fisiologicamente giungono per via del grande circolo a questo organo squisitamente difensivo.

La stasi sperimentale prolungata della porta produce nella milza dilatazione dei seni, pressocchè completa scomparsa della polpa, riduzione dei follicoli. Il fegato presenta gravi alterazioni.

La stasi sperimentale prolungata della cava produce gravi lesioni del fegato ed un quadro di milza fibroso-congestizia.

L'associazione di stasi portale con l'azione di tossici vari conduce a tipici quadri fibroadenici.

Queste conclusioni sono il risultato di numerose biopsie personalmente eseguite.

L'associazione del fattore stasi portale e del fattore tossico (diatesi; infezione) può spiegare le alterazioni spleniche. Mentre il primo deve ritenersi in parte secondario alle alterazioni epatiche, il fattore tossico può dipendere da lesioni delle vie biliari.

(Continua) R. R.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

Accademia Medico-Fisica Fiorentina.

Adunata del 23 maggio 1939-XVII.

Sviluppo e limiti dei moderni metodi di narcosi.

WEESE H. — Il prof. Weese, dopo aver illustrato le statistiche della mortalità ed i pregi e gli inconvenienti delle varie forme di narcosi oggi in uso nelle cliniche, si è particolarmente soffermato a discutere la narcosi evipanica, come quella meno pericolosa, più pratica, più rapida, e più gradevole per l'operando.

L'oratore illustra quindi il tecnicismo con cui va eseguita la narcosi evipanica sia per interventi di corta durata sia per quelli di lunga durata.

Il flemmone del pavimento buccale rappresenta una controindicazione alla narcosi evipanica, poichè questa in tale evenienza può portare a paralisi respiratoria. In base a ricerche sperimentali dell'A. risulta che il flemmone del pavimento buccale porta ad una ipereccitabilità dei recettori del seno-carotideo, per cui dopo narcosi evipanica lo stimolo operatorio sulla regione del seno, può portare a riflessi che si originano nel seno-carotideo e che raggiungendo attraverso il nervo di Hering il centro respiratorio, possono condurre alla paralisi di questo.

Adunata del 1° giugno 1939-XVII.

Disordini della motilità delle vie biliari extraepatiche.

Dott. F. FERRANTI. — Dopo aver premesso alcuni cenni sulla fisiologia delle vie biliari extraepatiche (meccanismo di riempimento e di svuotamento della cistifellea, sinergismo fra cistifellea e apparato di Oddi, effetti delle stimolazioni farmacologiche ed elettriche del vago e del simpatico) l'O. riferisce brevemente i disordini della motilità delle vie biliari extraepatiche che caratterizzano le discinesie ipercinetiche, le iper e le atoniche semplici e con stasi.

Passa poi a considerare i disordini della motilità riscontrabili nelle colecistopatie organiche, i quali disordini, in base ad osservazioni personali, reputa dovuti a ipervagotonia come quelli delle discinesie ipertoniche.

Da ultimo considera brevemente i disordini della motilità che hanno luogo a cistifellea spontaneamente o chirurgicamente esclusa: trae infine alcune considerazioni d'indole terapeutica.

Adunata del 15 giugno 1939-XVII.

Alcune riflessioni su oltre mille interventi sullo stoma e sul duodeno.

Prof. G. CAVINA. — In una rapida sintesi l'O. illustra tutta l'attività da lui esplicata finora nel campo della chirurgia gastro-duodenale. Trattasi di 1019 interventi praticati dal maggio 1929 alla fine del 1938, così ripartiti: 625 per ulcera gastro-duodenale (169 per ulcera gastrica e 456 per ulcera duodenale); 320 per neoplasie gastriche; 53 reinterventi per ulcera peptica postoperatoria e per altre indicazioni; 21 interventi varii.

Di ciascun gruppo vengono ricordati i principii fondamentali cui fu ispirata la condotta chirurgica e quindi vengono analizzate scrupolosamente le cause dalla mortalità. La quale nella gastrodigiunostomia per ulcera fu del 5 %, mentre nella resezione fu dell'8,5 % (escluse le forme perforate). Nella gastrodigiunostomia per cancro fu del 12 %, nella resezione del 20 %. Nei reinterventi per ulcera digiunale si ebbero 8 morti su 24 casi.

Riguardo alla tecnica della resezione, da quasi un decennio l'O. segue fondamentalmente il processo Finsterer, da lui già illustrato in varie pubblicazioni e che si può forse considerare oggi il più diffuso in tutto il mondo. Per l'anestesia si dichiara favorevole alla anestesia parietale tutocainica preceduta da iniezione di dilaudid-scopolamina.

Il Segretario.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

DIAGNOSTICA.

Le punture di morfina nella diagnosi di affezioni di vasi e nervi periferici.

Quando si applica sulla cute una goccia di soluzione di morfina alla consueta diluizione usata per le iniezioni e, con uno spillo si punga la pelle attraverso la goccia stessa, si manifesta una reazione tipica entro un paio di minuti. Compare, cioè, un pomfo, circondato da un'ampia zona iperemica (eritema riflesso) di aspetto simile a quanto si ottiene con un'iniezione intradermica di istamina. H. Haxthausen (*Acta derm. venereolog.*, ag. 1939).

I due elementi, di cui è formata la reazione hanno origine e significato diversi: 1) il pomfo è dovuto ad influenze puramente locali sui piccoli vasi della pelle, per cui si ha dilatazione delle piccole arterie e dei capillari, con essudazione del plasma e formazione dell'edema orticarico locale. Ma questo può accadere soltanto se la pressione è abbastanza alta nelle piccole arterie, mentre il pomfo manca se l'irrorazione arteriosa è bloccata. La reazione può quindi essere utilizzata nella diagnosi delle affezioni delle arterie periferiche.

Il metodo è un utile completamento delle condizioni rivelate dall'oscillometria e dalla misurazione della temperatura cutanea. La prima ci indica soprattutto l'occlusione, o quasi, delle arterie più ampie; ma la circolazione può compiersi in modo abbastanza soddisfacente mediante il circolo collaterale ed in tal caso, pur con risultato negativo all'oscillometria, lo si ha positivo con la puntura di morfina.

Viceversa, la temperatura della pelle può rimanere normale anche nell'occlusione delle arterie grosse, purchè quelle piccole si siano dilatate. In tali casi, la puntura di morfina dà reazione debole o negativa, indicando così che la pressione sanguigna è bassa e la circolazione ridotta.

Il metodo fornisce così utili indicazioni nel morbo di Bürger ed, in generale, nei disturbi circolatori degli arti, specialmente quando si debba decidere l'altezza a cui va praticata l'amputazione, potendosi delimitare le parti in cui la vitalità dei tessuti è mantenuta. Un'affezione in cui può dare indicazioni importanti è la gangrena diabetica complicata da arteriosclerosi, facendo così conoscere quale parte, nell'affezione si debba attribuire a quest'ultima.

2) L'eritema riflesso può, a sua volta, essere utilizzato per la diagnosi di certe affezioni nervose. Esso è da attribuirsi ad una reazione nervosa; l'impulso è trasmesso dal luogo della puntura, mediante un corto riflesso locale (riflesso axonico) ai piccoli capillari ed alle arteriole vicine. Le vie nervose hanno delle fibre simpatiche coalescenti con quelle sensitive ed i riflessi mancano quando tali vie sono degenerate, sicchè l'eritema non compare. Il semplice taglio del tronco nervoso non impedisce la comparsa di tale eritema, che si ha soltanto in caso di degenerazione del nervo.

Nelle neuriti periferiche, nelle affezioni traumatiche dei nervi con conseguente degenerazione e nello zoster, la puntura di morfina rivela dove e per quale estensione le vie nervose sono degenerate. Tali reperti non corrispondono perfettamente alle osservazioni fatte sulla sensibilità, in quanto che, per esempio, nello zoster l'eritema è spesso attenuato pur essendo conservata la sensibilità. La reazione è invece mantenuta in caso di perdita di sensibilità di origine centrale (tabe, siringomielia, ecc.); la mancata reazione si ha soltanto nella degenerazione dei nervi periferici. Il metodo costituisce una dimostrazione obbiettiva della estensione della lesione degenerativa. Facendo sull'area sospetta una rete di punture di morfina, gli eritemi nelle vicine parti sane tendono ad unirsi, delimitando così il punto dove i nervi sono degenerati. *fil.*

TERAPIA

Il trattamento medico delle pleuriti purulente non tubercolari.

P. Lévy-Valensi, S. De Sèze, Y. Pinés, nella (*Presse médicale*, 2 sett. 1939), dopo aver osservato come per il passato si credeva di dover operare sempre tutte le pleuriti purulente, riportano 5 casi personalmente osservati di pleuriti purulente guarite con la semplice ingestione di « carboxy-sulfamido-chrysoïdine ».

Un gran numero di derivati organici dello zolfo sono attualmente utilizzati per la chemioterapia antibatterica; i derivati bianchi sembrano agire più energicamente e sollecitamente, i derivati azoici hanno azione più lenta e dolce. Per quel che riguarda il trattamento delle pleuriti purulente non si ha l'impressione di una netta differenza nella rapidità d'azione di questi differenti corpi, poichè — qualunque sia il corpo utilizzato — occorre quasi sempre un mese circa dopo l'inizio del trattamento per ottenere la guarigione.

Nella scelta del corpo occorre tenerne presente la tossicità, ma sopratutto bisogna considerare la natura batteriologica dell'affezione. Gli AA. ritengono che sia meglio adoperare per le pleuriti purulente streptococciche il « carbozy-sulfamido-chrysoïdine, mentre la « para-amino-phényl-sulfamide » e suoi derivati sembrano meglio indicati per le altre pleuriti purulente.

Il trattamento deve essere il più precoce possibile nelle dosi di 2 gr. al giorno per la carboxy-sulfamido-chrysoïdine, e di 3 gr. al giorno per la para-amino-phényl-sulfamide; esso

deve essere seguitato giornalmente, senza interruzione, fino alla sterilizzazione completa del liquido intrapleurico. La sparizione dei germi deve essere osservata con punture esplorative successive; delle culture successive devono essere praticate, ed il trattamento può essere interrotto solo qualche giorno dopo la risposta negativa di tali culture.

Dopo aver sospeso la chemioterapia il malato va sorvegliato in letto e dopo 8-10 giorni, al fine di evitare ricaduta, si riprenderà il trattamento riducendo le dosi a 1/3 della dose curativa per circa otto giorni; dopo questo periodo potrà essere affermata la guarigione definitiva.

Durante la chemioterapia sarà bene evitare la siero e vaccinoterapia, mentre sarà utile fare largo uso di tonici-cardiaci, analettici cardio-respiratori e cardio-vascolari. S. F.

Tentativo di cura della malattia di Eberth mediante il giallo d'acridina.

La terapia specifica è ancora molto confusa. Y. Perès (*Le bulletin medical*, 2 settembre 1939) pensa di aver trovato un metodo di cura superiore a tutti gli altri che sono: gli antitermici, la vaccinoterapia, la sieroterapia, la piretoterapia, gli estratti splenoepatici adrenalizzati (metodo di Bayle), il batteriofago endovenoso, la vitamina A, l'immunotrasfusione, il neosalvarsan (Wohlers e Andréoud), l'iodobismutato di chinina.

Tutti gli autori riferiscono buoni risultati da ognuno di questi metodi.

L'A. consiglia di fare le iniezioni di giallo d'acridina tutti i giorni in dose di 5 cc. di soluzione al 2 %. Le dosi di 10 cc., in soluzione al 2 %, dànno una caduta più rapida della temperatura. Le dosi totali sono più importanti all'inizio della malattia che verso la fine. Bisogna far bere abbondantemente l'ammalato oppure fargli ipodermoclisi glucosate o con soluzioni fisiologiche.

Nei malati in cui l'acridina fu usata dall'A. non si ebbero fenomeni tossici di nessun genere. Egli, ritiene esagerati i tumori di alcuni autori che hanno veduto aumentare l'azotemia durante la somministrazione di acridina in una malata nella quale si giunse a una quantità di medicamento di cc. 55, perchè anche in questo caso l'azotemia si trovò al normale dopo cessata la somministrazione.

Controindicazione dell'uso dell'acridina è l'esistenza o il sospetto di tubercolosi polmonare. L.

Le proteine nel trattamento della nefrite.

J. D. S. Cameron (*Edinburgh medical Journal*, giugno 1939) ritiene che sia ingiustificata la paura di somministrare proteine ai nefritici e con essa la conseguente limitazione del latte e la dieta di fame. Gli esperimenti istituiti al riguardo hanno dimostrato che la somministrazione quotidiana di mezzo litro di latte non aumenta la quantità di urea eliminata dai reni, che le proteine non hanno effetti deleteri sui reni, non provocano alcuna alterazione delle urine, non fanno aumentare la pressione del sangue. Le proteine stesse anzi avrebbero una benefica influenza sulle condizioni generali, aumenterebbero la resistenza dell'organismo verso le infezioni, senza per altro menomare la funzione renale.

Un regime più razionale sarebbe quello nel quale fosse inizialmente limitata l'ingestione di liquidi, non più di un litro, di cui una metà a base di succo di frutta e glucosio e l'altra metà di latte.

A misura che la diuresi migliora e si riducono i sintomi acuti (ematuria e cilindri ematici) si può aumentare il valore calorico della dieta aggiungendo grassi e idrati di carbonio.

Si pratica quindi l'esame della capacità renale (concentrazione dell'urea) ed in rapporto ai risultati ottenuti si porta la quantità di proteine a 50-75 gr. quando la concentrazione dell'urea è più al 2,5 %, a 95 gr. e 120 gr. quando la concentrazione dell'urea raggiunge rispettivamente il 3 ed il 3,5 %.

Il secondo stadio della nefrite e la nefrosi, con o senza edema, può essere trattata con una dieta con elevato contenuto di proteine (100 gr. e più al giorno).

Il paziente non deve necessariamente rimanere a letto.

Il sale non deve essere completamente eliminato; una certa restrizione è necessaria solo quando esistono edemi.

Anche nel terzo stadio della nefrite con insufficienza renale si può dare una dieta ricca di proteine (al principio 95 gr.) in rapporto al tasso di concentrazione dell'urea ma mai inferiore a 70 gr.

Le proteine occorrenti si somministrano con i seguenti alimenti: formaggi, uova, pesce, carne bianca e rossa, latte. DR.

Metabolismo dell'acqua e sua sostituzione in clinica chirurgica.

G. Zorraquin (*Revista de Medicina y Cencias afines*, n. 3, 1939) afferma la necessità per i medici di studiare e di conoscere a fondo i mezzi liquidi interni che costituiscono le basi dei disturbi clinici provocati da tutta la patologia, compresa quella traumatica, così come dagli squilibri chirurgici derivati dagli interventi operatori.

È noto che, per rimediare alle alterazioni ed imperfezioni del metabolismo dell'acqua e alle condizioni fisico-chimiche del mezzo liquido interno di un organismo, è indispensabile l'uso di soluzioni — così detti « sieri » — a base di acqua bidistillata.

Secondo l'A., la bidistillazione fa perdere però all'acqua alcune proprietà biologiche che la distillazione invece le conserva. Perchè un'acqua sia potabile bisogna che conservi la tensione jonica dell'H nel CO^2 che la natura ha posto nell'acqua piovana. I sieri iniettabili non

possono sfuggire alla regola e perchè i sieri a base di acqua bidistillata possano riuscire utili bisogna, secondo l'A., che siano filtrati attraverso uno strato di terra o filtri d'amianto o di asbesto perchè vengano loro restituite le proprietà animali o biologiche.

L'acqua bidistillata dei sieri quando non venga aereata al contatto dell'amianto o dell'asbesto può produrre scorbuto o reazioni equivalenti.

La via endovenosa, per raggiungere efficacemente il compenso nelle alterazioni ed imperfezioni del metabolismo dei liquidi interni, è alcune volte urgente ed insostituibile, ma può spesso essere sostituita — secondo l'A. — con una tecnica ponderata di cui, dopo aver esposti alcuni concetti biologici, clinici, anatomici, fisiologici, farmacologici, precisa i dettagli.

Partendo dalla convinzione che i sieri da iniettare per essere potabili, fisiologici e stimolanti devono essere aereati, l'A. ha creato un dispositivo per poter realizzare l'aereazione dei sieri nelle iniezioni endovenose e sottocutanee. Questo dispositivo — che l'A. descrive — dà inoltre praticamente la possibilità di una disciplina e di un controllo più grande che non i metodi attualmente in uso: esso è applicabile in ogni circostanza, anche nei casi di urgenza.

S. F.

MEDICINA COLONIALE

Febbre climatica massauina estiva.

Amedeo Mattei, negli *Annali di Med. Nav. e Col.*, maggio-giugno 1939, tratta della febbre estiva di Massaua del periodo ipertorrido, febbre che propone venga contraddistinta con la terminologia: massauina estiva.

La sintomatologia di tale forma febbrile è caratterizzata da febbre che insorge all'improvviso senza essere preceduta da brividi di freddo, accompagnata da malessere generale, cefalea, astenia; si aggiunge congestione del volto, maggior frequenza del polso, talvolta modica eccitazione, insonnia; a volte si aggiungono anche disturbi dell'apparato digerente, anoressia, polidipsia, nausee; non raramente, specie in individui obesi, si nota ansia respiratoria senza che nulla si osservi a carico dell'apparato respiratorio; l'urina, scarsa, può contenere traccie d'albumina, qualche cilindro granuloso, qualche emazia; non tumore di milza, non risentimento epatico; negative le ricerche di laboratorio per la dimostrazione di parassiti in circolo o di alterazione della formula leucocitaria. La febbre si mantiene alta il primo e secondo giorno, poi sparisce per lisi; il decorso è di 4-7 giorni al massimo e residua solo modica astenia.

Esclusa la possibilità che tali febbri possano esser provocate dagli stessi fattori causa della malaria, del dengue, del pseudo-dengue, della febbre da pappataci, dell'influenza, l'A. interpretandole, in base alla sua esperienza ed alle sue molteplici osservazioni, come febbri da surriscaldamento dell'organismo le considera come veri e propri colpi di calore di media gravità e senza sintomi imponenti.

Le cause fisiche di predisposizione sono rappresentate dal caldo umido intenso protraentesi per lunghi periodi, dallo stato di riposo dell'aria senza efficace ventilazione, dalle condizioni di vita non rispondenti alle particolari condizioni ambientali e climatiche, dalla scarsezza o mancanza di appropriati conforti igienici e inoltre da cause individuali quali l'obesità, l'emotività, la vecchiaia.

È da notare che tale febbre colpisce prevalentemente la bassa forza ed il ceto operaio, ossia quegli individui più sprovvisti di mezzi igienici e di comodità.

La prognosi è ordinariamente favorevole: alta morbilità, casi seguiti da morte solo come eccezione.

Specialmente efficace come cura è il ricovero in ambienti refrigerati; altrimenti basta il riposo in ambiente ventilato, abbondanza di acqua fresca da bere, qualche doccia fredda, iniezioni eccitanti.

S. F.

VARIA

La storia della cellula.

Secondo W. H. Addison (*Trans. College physicians*, Philadelphia, aprile 1939) la paternità del nome di « cellula » in senso biologico va attribuita a Robert Hooke, nel 1665; mentre altri microscopisti, quali Malpighi, Grew, Leeuwenhoek, avevano chiamato tale formazione elementare con i nomi di otricolo, vescicola, globulo. La parte della cellula descritta da Hooke era soltanto la sua parete, che egli aveva veduto nei tessuti vegetali, ma gradatamente anche il contenuto venne riconosciuto come cellula vivente. Alla sostanza molliccia vivente, Dujardin diede nel 1835 il nome di sarcode e Purkinje, nel 1839-40, quello di protoplasma, che rimase.

Lo studio della cellula nella prima metà del secolo XIX progredì di molto, grazie all'invenzione delle lenti acromatiche; si venne così dimostrando la somiglianza delle cellule animali e vegetali e si formulò la dottrina cellulare, emessa da Schleiden (1838) e Schwann (1939), i quali dimostrarono che le cellule sono unità strutturali praticamente presenti dovunque negli organismi vegetali ed animali, in cui gli elementi non cellulari sono prodotti cellulari. Soltanto in epoca più tarda fu poi scoperta la mitosi, che venne a chiarire i fenomeni della moltiplicazione cellulare.

Nella storia della cellula, si può ricordare un particolare curioso, che può servire da arguzia conclusiva e che parecchi anni or sono è stato rilevato per dimostrare l'insipienza con cui talvolta si raccolgono le bibliografie. Ed appunto, in una lista bibliografica sulla cellula, era stato incluso anche un libro dal titolo: « Impressions celluiaires »... che erano ricordi di un detenuto in cella di segregazione. *fil.*



Autorizzazione R. Prefettura di Milano N. 32.227 del 25 maggio 1939-XVII

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento corporativo.

Disciplina degli interinati delle condotte sanitarie.

Il Ministero degli Interni, interessandosi della disciplina degli interinati delle condotte mediche, essendosi riscontrato che non sempre le disposizioni date vengano rispettate, ha inviato ai Prefetti del Regno una nuova circolare, nella quale dice:

« Con circolare 28 maggio 1936, n. 20400, questo Ministero, nell'intento di garantire un'equa distribuzione degli interinati delle condotte mediche tra i sanitari sprovvisti di occupazione rimunerativa, ebbe a stabilire i criteri e le modalità cui debbono attenersi gli enti comunali nel conferimento degli interinati stessi.

Venne con tale circolare richiamata la precedente in data 1° marzo 1934, n. 20400, con la quale fu, in via di massima, sancito il divieto del così detto « servizio a scavalco », il quale non consente al sanitario che ne sia incaricato di corrispondere a tutte le esigenze di servizio nel Comune nel quale è condotto e nell'altro dove dovrebbe recarsi provvisoriamente per la supplenza di altro medico.

Successivamente si è fatto divieto di conferire interinati di condotte a medici provvisti di altri incarichi, e si è disposto che i Podestà debbono chiedere al Sindacato Provinciale i nominativi di due o più medici quando si trovino nelle necessità di provvedere all'assunzione di sanitari interini.

Il Ministero altresì aveva disposto che la durata dell'interinato non superasse i 6 mesi, salvo conferma in casi di necessità, e previa autorizzazione del Ministero, inteso il Sindacato di Categoria.

Per quanto riguarda la retribuzione ai medici interini il Ministero aveva disposto che, in linea di massima, fosse di L. 40 giornaliere al lordo, salvo casi speciali in cui potesse accordarsi un compenso maggiore per le condizioni particolarmente disagiate del luogo e per gli oneri inerenti al servizio.

L'indennità potrà essere poi inferiore alle lire 40: *a*) quando il servizio d'interinato è nel comune ove il medico risiede; *b*) quando, per assoluta necessità, ed in via eccezionale, si debba ricorrere all'opera del medico condotto di un comune limitrofo.

Ha dovuto, intanto, rilevare questo Ministero che le disposizioni sopra riassunte, concordate con i competenti Sindacati Nazionali, e dirette alla tutela di una superiore esigenza di pubblico interesse, vengono, non di rado, nella pratica disattese.

Su tale adempimento si richiama, pertanto, ancora una volta, la particolare attenzione delle EE. VV., con preghiera d'impartire le opportune istruzioni e di curare, con assidua e rigorosa vigilanza, perchè le lamentate infrazioni non abbiano più a ripetersi.

Si avverte, nell'occasione, che le ridette disposizioni debbono, per quanto concerne la durata massima degli incarichi interinali, intendersi applicabili agli interinati sanitari di qualsiasi natura.

Reputasi inoltre opportuno precisare che il « caso di necessità » assunto, a tenore delle disposizioni in questione, a condizione indefettibile per poter derogare al divieto di protrarre gli incarichi interinali oltre i 6 mesi, deve ritenersi sussistere soltanto nell'ipotesi che, malgrado la richiesta fattane al Sindacato provinciale di categoria, non sia possibile avere la designazione di un sanitario da avvicendare nell'incarico, per mancanza di professionisti disponibili ».

MEDICINA SOCIALE

Opere di carattere sociale nella capitale dell'Impero.

Tra le nuove opere che, come ha telegrafato Amedeo di Savoia al Duce, segnano il sorgere definitivo della nuova Addis Abeba Imperiale, vanno segnalate quelle di carattere sociale tra cui, in primo piano, sono da rilevare le opere ospitaliere. Sono stati infatti costruiti 6 nuovi padiglioni per ricovero donne all'ospedale Duca degli Abbruzzi per L. 200 mila; il reparto nazionale maternità ed infanzia per L. 465 mila; i lavori dell'ospedale Vitt. Eman. importano 1 milione e 500 mila lire; i lavori della sezione medica dello stesso ospedale per lire 350 mila e la stazione di bonifica al campo alloggio operai per lire 400.000. Inoltre mentre si è compiuta nella capitale d'Africa Orientale Italiana l'attrezzatura sanitaria per gli italiani, l'assistenza ha dimostrato alle popolazioni suddite la portata umana e sociale della civiltà fascista, organizzando ospedali, ambulatori, ricoveri per gli indigeni. Le spese eseguite quest'anno sono: nuovi padiglioni reparto maternità indigena per dormitori, mensa e scuole professionali L. 295.000; costruzione dell'ambulatorio per indigeni a Tecle Haimanot 500.000; stazione di bonifica umana 43.000; padiglioni al penitenziario indigeni all'Acachi L. 250.000. Nel primo lotto di opere sono impostati altri ambulatori, tre padiglioni da adibire a sifilocomio per indigeni, la grande stazione di bonifica umana per indigeni ecc.

INSEGNAMENTO SUPERIORE

Per il rilascio dei diplomi in radiologia.

Il Ministero dell'Interno ha comunicato che il Consiglio Superiore di Sanità ha espresso il voto che le Università esercitino il più oculato rigore nel rilascio dei diplomi di specializzazione in fisioterapia, attesi i gravissimi inconvenienti cui può dar luogo l'uso degli apparecchi di Roentgendiagnostica e Roentgenterapia, Radiumterapia, Elettroterapia da parte di personale medico non sufficientemente preparato.

Il Ministro dell'E. N. ha disposto che del voto in parola sia data opportuna conoscenza a tutti i docenti della Facoltà di medicina e chirurgia e particolarmente a quelli della Scuola di perfezionamento in radiologia, in quelle facoltà in cui la Scuola stessa è costituita, perchè ne abbiano norma.

CONCORSI.

Posti vacanti.

AQUILA. *Ospedale Civico « S. Giuseppe ».* — Primario chirurgo; stip. L 6000; compartecipaz. 60 per cento; età limite 45 a. al 9 ott.; titoli ed esami. Limitazioni all'esercizio profess. Assunz. servizio entro 15 giorni. Scad. ore 18 del 12 dic.

ENNA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore della Sez. Dispensariale di Piazza Armerina; titoli ed esami; stip. L. 8500 e 3 quadrienni dec., indenn. serv. att. L. 1500; età limite 40 a. Scad. ore 18 dell'11 dic.

MACERATA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Medico del I Gruppo di Sezione Dispensariale (Camerino e Tolentino); stip. L. 15.000 e 4 quadrienni dec.; indenn. trasp. L. 5000; età limite 35 a. al 14 ott.; titoli. Scad. ore 17 dell'1 dic.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Primario urologo; stip. annuo L. 4000; età limite 45 a. al 15 ott. Scad. ore 18 del 30 nov. Chiedere annunzio. Rivolgersi alla Segreteria.

SIENA. *R. Prefettura.* — Coadiutore nel Reparto med. microgr. del Laborat. prov. d'igiene e profilassi; proroga al 30 nov.

SONDRIO. — È aperto un concorso per titoli al posto di Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Sondrio. Per tutte le condizioni: stipendio, indennità, altre modalità, ecc., vedere a pagina 1992 del precedente n. 46. Scad. ore 12 del 31 genn.

Borse di studio.

Borsa di perfezionamento « Ottorino Rossi »

Presso la R. Università degli studi di Pavia è aperto il concorso alla borsa « Ottorino Rossi » a favore di un giovane medico che intenda perfezionarsi nelle discipline neuropatologiche nella R. Università di Pavia.

La durata della borsa è di un triennio accademico, a partire dall'anno 1939-40; l'importo annuale è di lire 7200 al lordo delle ritenute di legge, e sarà pagato a mensilità posticipate.

I concorrenti devono essere di nazionalità italiana e laureati in una R. Università del Regno da non più di tre anni accademici, calcolati al momento della chiusura del concorso.

Scad. 15 dicembre 1939-XVIII. Domanda in carta legale al Rettore corredata dai documenti.

A parità di merito sarà preferito il concorrente in condizioni economiche meno agiate.

Chiedere copia del bando di concorso alla Segreteria universitaria.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono nominati rettori per il bienno 1939-41 i proff. Luigi Auricchio a Napoli, Carlo Vercesi a Pavia, Azzo Azzi a Torino (conferma).

Ai fascisti universitari littori dello sport, che nell'anno scolastico 1937-38 hanno conseguito la laurea con la più alta votazione, sono stati assegnati 3 premi da L. 5000 e 6 premi da L. 1000; due dei primi sono stati conferiti agli studenti in medicina Enrico De Amicis, Giancarlo Rocchetti; due dei secondi agli studenti in medicina Giovanni Bighilo e Gastone De Angelis; gli studenti appartengono rispettivamente ai Guf di Padova, Milano, Savona e Roma.

NOTIZIE DIVERSE

5° Congresso pan-Americano della tubercolosi.

Sotto la presidenza del prof. Gumersindo Sayago e organizzato dal Consiglio della Unione latino-americana delle Società di Tisiologia (Sezione Argentina), si riunirà in Buenos Ayres dal 13 al 15 di ottobre 1940 e in Cordoba dal 16 al 17 successivi, il V congresso Pan-Americano della tubercolosi, che avrà per temi ufficiali: 1) Indice di tubercolizzazione nei paesi dell'America del Sud; 2) Eredità e contagio nella tubercolosi; 3) Quadri polmonari nelle forme extra-toraciche della tubercolosi.

Ogni paese partecipante alla U.L.A.S.T. potrà avere un relatore ufficiale per ogni tema ed i medici aderenti al Congresso potranno fare comunicazioni sopra i temi del programma.

Quota di adesione: 10 pesos moneta nazionale, che potrà esser rimessa all'ordine del Presidente del Congresso: prof. dott. Gumersindo Sayago, Julio 691, Córdoba (Argentina).

Gli aderenti di Buenos Ayres potranno rimettere la propria quota al Segretario Aggiunto del Congresso: dott. Raul Denis, Pasteur 346, Buenos Ayres.

È inoltre fissata la somma di 5 psesos moneta nazionale, come quota di « contribuente » per i famigliari dei congressisti, e darà diritto a partecipare agli atti ufficiali ed alle facilitazioni da stabilirsi, come pure alle deliberazioni del Congresso.

Scuola di specializzazione in medicina legale.

Sono riaperte le iscrizioni per l'anno accademico 1939-40-XVIII alla Scuola di specializzazione in Medicina Legale, fondata e diretta nella R. Università di Bari dal prof. Vincenzo Mario Palmieri, direttore dell'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

La scuola è riservata ai soli laureati in Medicina, ed ha la durata di due anni.

Rivolgersi all'Istituto predetto o alla Segreteria della Facoltà di Medicina.

Nella stampa sanitaria.

I periodici medici tedeschi mantengono, in genere, mole, periodicità e tipo di carta consueti. Quelli settimanali fanno largo posto alla medicina di guerra (medicina interna, chirurgia, igiene, specialità).

Il « Lancet » e il « British Medical Journal » hanno ripreso, all'incirca, la mole abituale; il secondo ha abolito soltanto l' « Epitome » della letteratura medica contemporanea. L'uno e l'altro fanno discreta parte della medicina di guerra.

Il « Pratictioner » di Londra continua ad essere pubblicato regolarmente, in magnifici fascicoli: veri volumi.

I « Proceedings of the Royal Society of Medecine » ed i « Proceedings of the Royal Society of Tropical Medecine and Hygiene » di Londra continuano pure a pubblicarsi regolarmente, in carta lussuosa. Altrettanto si dica dell' « Edinburgh Medical Journal » e del « Quarterly Journal of Medicine », che compaiono rispettivamente a Edimburgo e Oxford.

Il « Journal des Sciences Médicales de Lille », per ubbidire alla restrizione governamentale, viene pubblicato bimensilmente. Il n. 40 del 15 ottobre è stato sequestrato.

La « Revue du Paludisme et de Médécine tropical » si pubblica regolarmente.

Nel Belgio parecchi periodici specializzati di medicina hanno temporaneamente sospeso la pubblicazione; perciò « Bruxelles Médical » ha offerto, agli autori, di ospitare brevi riassunti dei loro lavori, onde possano « prendere data » e portare i principali risultati a conoscenza degli interessati.

Notizie sanitarie di guerra.

Il Ministero dell'Interno del Reich ha prescritto che anche i piccoli comuni organizzano dei posti di pronto soccorso in rapporto con la Croce Rossa, onde sopperire, nei casi d'urgenza, alla penuria dei medici, determinata dalla guerra.

La Camera dei medici della Germania ha richiamato energicamente l'attenzione dei medici sui rischi ai quali si espongono, rilasciando certificati di compiacenza a favore di pazienti che malvolentieri si piegano alle restrizioni alimentari. Sono certificati che autorizzano complementi di carne, burro, latte, uova, zucchero.

In Germania un decreto ministeriale stabilisce che le studentesse in medicina e gli studenti in medicina esenti da obblighi militari, tra il 1° e l'8° semestre, debbono iscriversi alla Croce Rossa Tedesca oppure all'Ufficio sanitario della Gioventù Hitleriana.

Un decreto del Führer prevede la possibilità di sospendere le sentenze passate in giudicato e i giudizi in corso, contro i medici, i veterinari ed i farmacisti, nei riguardi del divieto dell'esercizio professionale per indegnità. Ciò allo scopo di sopperire all'attuale grave deficienza di sanitari. L'esame dei singoli casi, per l'accertamento di quelli che possano beneficiare della disposizione predetta, è deferito al ministro della giustizia.

Il sanatorio germanico di Davos-Dorf (Svizzera) continua a funzionare durante la guerra; le spese di cura possono essere corrisposte in Germania, con valuta germanica.

La Svizzera si appresta ad accogliere, come durante la guerra mondiale precedente, feriti di ogni Stato. Sulle rive del Lago Lemano, a Montreux-Vevey, viene allestito, a tale scopo, un grande ospedale.

In Francia e Inghilterra sono state prese misure a favore degli studenti chiamati alle armi, facilitando loro alcuni esami e sopprimendone altri.

Il primo ministro britannico, in un discorso ai Comuni, il 13 settembre, dichiarava che il numero di letti disponibili in Inghilterra per le eventualità belliche è di 200.000.

In un discorso tenuto al Consiglio di Contea di Londra, H. Morrison disse che, malgrado le necessità belliche, non si sono mai trascurati i bisogni di ricovero ospedaliero e di assistenza per i civili rimasti nella città. Si è avuta deficienza di medici, ma si è provveduto. A richiesta del Ministero di Sanità si sono apprestati ricoveri per le persone che eventualmente rimanessero senza casa a motivo di bombardamenti aerei.

Sui 97.000 letti degli ospedali della regione metropolitana di Londra, solo 14.000 sono stati soppressi, mentre 55.000 sono stati installati nelle campagne circostanti, pronti a ricevere i feriti di eventuali incursioni aeree.

Sono stati costruiti magnifici ripari antiaerei sotto la facoltà medica di Parigi. Il Presidente della Repubblica Lebrun li ha visitati, accompagnato dal rettore Roussy e dal decano Tiffeneau.

Un po' dovunque.

Il 15 novembre si sono svolte le solenni cerimonie dell'inaugurazione degli anni accademici presso gl'Istituti superiori di cultura. Le cerimonie hanno assunto ovunque un alto valore morale e sono state caratterizzate da manifestazioni di entusiasmo da parte dei goliardi. Alla città universitaria di Roma la cerimonia è stata presenziata dal segretario del Partito, S. E. Muti, all'Università di Napoli da S. A. R. il Principe di Piemonte.

Il 19 novembre, alla Augusta presenza del Re e Imperatore, è stato solennemente inaugurato l'XI Anno accademico della Reale Accademia d'Italia, con relazione di Luigi Federzoni.

Sedi di esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo saranno le Università di Bari, Catania, Genova, Milano, Modena, Padova, Palermo, Pisa, Sassari, Siena.

Il prossimo congresso dell'associazione internazionale delle medichesse avrà luogo — a meno che non venga reso impossibile dalla guerra — nel 1940, a Budapest, per discutere i temi: « L'igiene dello scolaro dal punto di vista della nutrizione, del lavoro scolastico, della cultura fisica e del sonno », « I princìpi, i metodi e i risultati della legislazione antivenerea ».

L'11° Congresso argentino di chirurgia si è svolto a Buenos Aires, a partire dall'8 ottobre, con l'intervento dei delegati ufficiali di molte nazioni d'America.

I partecipanti al corso culturale di aggiornamento per medici condotti svoltosi a Lecce hanno concluso i lavori con una visita agli stabilimenti idrotermali di Santa Cesarea; venne anche visitata la Mostra preistorica, ufficialmente chiusa ma che conserva tutto il materiale.

Presso la sede del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana in Roma sono stati inaugurati i corsi per infermiere volontarie, professionali ed assistenti sanitarie, alla presenza della Principessa di Piemonte, ispettrice nazionale delle infermiere.

Il cons. naz. Bocchetti ha tenuto la prolusione sui Corsi.

Il « Giornale di Clinica Medica, ha dedicato al prof. Ferruccio Schupfer un fascicolo doppio, recante i nn. 14 e 15, in data 10 e 30 ottobre; esso contiene una presentazione di D. Campanacci, una breve biografia dello Schupfer e 7 lavori originali (di A. Lunedei, S. Pisani, A. Terzani, A. Montanari, F. D'Artele, D. Campanacci, S. Pascoli).

Il 17 ottobre, a Regalbuto (Enna), il prof. Giovanni Di Guglielmo, della Università di Napoli, per incarico della Confederazione Fascista dei

Professionisti e Artisti, ha commemorato Giovanni Filippo Ingrassia, uno dei più grandi Anatomici del secolo XVI.

Il Gruppo rionale fascista « Luigi Platania », di Roma ha istituito un ambulatorio per la G.I.L., nel quale si compiono visite e indagini periodiche, per controllare le condizioni sanitarie di tutti gl'iscritti; a ogni organizzato si rilascia una cartella, in cui si annotano i risultati delle visite mediche e degli esami radiografici. Prestano opera volenterosa il capo dei servizi snitari del Comando rionale della G.I.L. e altri medici addetti all'ambulatorio; l'esame delle lastre è fatto da specialisti. Gli esami si ripeteranno periodicamente.

Allo scoppio della guerra, la Danimarca era sfornita di medicinali di riserva. È stato fatto appello alla Germania: le fabbriche di Leverkusen, appartenenti alla Bayer, in una sola volta hanno fornito 8 tonnellate di medicinali.

A Mantova una famiglia di sette persone è stata avvelenata dall'acido cianidrico, per aver consumato dei « tortelli » preparati con semi di pesca; i due figli minori sono morti.

Secondo « Volk und Rasse », le famiglie meno numerose in Germania sono quelle dei medici; nel 1938, su 27.800 medici coniugati, 21 % erano senza prole; 50 % con 1-2 figli; 23 % con 3-4.

Il prof. Mario Chini è stato nominato direttore del Centro di Studi Italiani di Buenos Aires. Egli ha già raggiunto la sua nuova destinazione, ed è lieto di tenersi a disposizione degli studiosi italiani per quanto riguarda i rapporti culturali con l'Argentina. Il suo indirizzo è: via Juncal 1207, Buenos Aires.

Il 20 ottobre decedeva, vittima di un tragico infortunio, il prof. ANTON V. EISELSBERG. Era nato nel 1860; era stato allievo di Billroth. Insegnò clinica chirurgica successivamente a Utrecht (Olanda), a Königsberg ed a Vienna, dove diresse a lungo (dal 1901) la Clinica chirurgica. È stato uno dei più reputati Maestri. Notevoli sono i suoi lavori di batteriologia (egli si era addestrato presso Koch) ed i suoi contributi alla chirurgia della tiroide, delle paratiroidi, degli organi digerenti, del sistema nervoso. Ha avuto molti allievi.

M.

È deceduto a New Haven (Stati Uniti), in età di 70 anni, il prof. HARVEY CUSTING, uno dei più reputati chirurgi dei nostri tempi, antesignano e pioniere della neuro-chirurgia, campo in cui egli è stato uno dei più abili e reputati operatori.

Esercitò ed insegnò negli ospedali e nelle università di Baltimora, Boston e New Haven.

Oltre alle sue pubblicazioni tecniche, va ricordata la « Vita di Osler », in due volumi. Nel « Giornale di un chirurgo », in sette volumi, egli consegnò la sua esperienza di guerra.

Apparteneva ad una famiglia di medici.

Durante la sua gioventù ebbe a formarsi anche in Europa; lavorò scientificamente nella Clinica di Kocher a Berna e nell'Istituto di Mosso a Torino.

A.

Annunziamo, addolorati, la perdita del prof. AGENORE ZERI, emerito dell'Università di Roma; ne daremo una notizia più ampia prossimamente.

Si è spento in età di 72 anni il prof. TEMISTOCLE DALLA VEDOVA, oto-rino-laringoiatra di larga fama; insegnò a lungo la specialità nell'Ateneo pavese.

Indice alfabetico per materie.

Bibliografia . . . . . *Pag.* 2063
Cellula: storia della . . . . . » 2080
Chirurgia gastro-duodenale . . . . » 2075
Chirurgia: metabolismo dell'acqua e sostituzione di essa . . . . » 2079
Cronaca del movim. corporat. . . . . » 2083
Febbre climatica massauina estiva . . . » 2080
Insegnam. superiore . . . . » 2083
Ittero da leptospire: reazione verde . . » 2053
Malaria: nuove concezioni nella patologia . . . . » 2054
Medicina sociale . . . . » 2083
Morbo di Banti e sindromi affini . . . » 2066
Morfina nella diagnosi di affezioni dei vasi e dei nervi perif. . . . . . . *Pag.* 2076
Narcosi: metodi moderni . . . . . » 2075
Nefrite: proteine nel trattam. . . . » 2079
Neurinoma della coda equina in morbo di Recklinghausen; ischialgia . . » 2043
Neurosi viscerali . . . . » 2059
Occhio: lesioni: prime cure . . . . » 2064
Pleuriti purulente non tbc.: trattam. . » 2076
Sciatica vera: diagnosi e trattam. . . » 2058
Tifoide: cura acridinica . . . . . » 2079
Vie biliari extra-epatiche: disordini della motilità . . . . » 2075

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

(VOLUMI N. 41, 42 I, 42 II, 43, 44 DELLA COLLANA MANUALI DEL "POLICLINICO")

OPERA DEDICATA AL MAESTRO NEL SUO XXX ANNO DI INSEGNAMENTO DAGLI ALLIEVI

ASCOLI M. ROMA — BAGGIO G. CAGLIARI — BIANCHINI A. ROMA — BRANCATI R. PARMA — CERMENATI A. TERAMO — CHIASSERINI A. ROMA — CRAINZ S. ROMA — DOMINICI L. PERUGIA — FERRERI G. PERUGIA — GHIRON V. ROMA — GUSSIO S. CATANIA — JURA V. ROMA — LOZZI V. ROMA — MARINO-ZUCO C. ROMA — MATRONOLA G. ROMA — MINGAZZINI E. ROMA — PACETTO G. ROMA — PAGGI B. ROMA — STEFANINI P. ROMA — VALDONI P. ROMA.

PROSPETTO DELLA MATERIA TRATTATA NELL'OPERA

VOLUME PRIMO.

1. **Anestesie e anestetici** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
2. **Infezioni chirurgiche in generale e lora cura** - Prof. *V. Jura*, Roma.
3. **Chirurgia dei vasi sanguigni** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
4. **Chirurgia dei vasi linfatici e delle ghiandole linfatiche** - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
5. **Chirurgia delle parti molli degli arti**: Pelle e suoi annessi; Sottocutaneo; Muscoli; Tendini - Prof. *G. Pacetto*, Roma.
6. **Chirurgia delle ossa**: Generalità; Malattie sistemiche dello scheletro - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Malattie infiammatorie acute e croniche - Prof. *V. Jura*, Roma; Tumori e malattie parassitarie - Prof. *R. Brancati*, Parma; Fratture in generale e in particolare - Prof. *V. Ghiron*, Roma.
7. **Malattie scheletriche della crescenza** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
8. **Chirurgia delle articolazioni**: Generalità - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Flogosi acute - Prof. *V. Lozzi*, Roma; Flogosi croniche e tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma; Traumi delle articolazioni eccetto le lussazioni - Prof *V. Lozzi*, Roma; Lussazione in generale e in particolare; Anchilosi e contratture - Prof. *V. Ghiron*, Roma; Malattie di crescenza - Prof. *Marino-Zuco*, Roma.
9. **Deformità congenite e acquisite degli arti** - Prof. *C. Marino-Zuco*, Roma.
10. **L'indagine radiologica in chirurgia** - Prof. *A. Bianchini*, Roma.

VOLUME SECONDO (PARTE I).

1. **Chirurgia dell'orecchio** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
2. **Chirurgia del naso e dei seni della faccia** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.
3. **Chirurgia del viso** - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. **Chirurgia dei mascellari** - Prof. *G. Matronola*, Roma.
5. **Chirurgia della bocca e della lingua** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia delle ghiandole salivari** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia della faringe e della laringe** - Prof. *G. Ferreri*, Perugia.

VOLUME SECONDO (PARTE II).

7. **Chirurgia del collo**: Malformazioni congenite; Malattie infiammatorie; Tumori - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
8. **Chirurgia della tiroide** - Prof. *M. Ascoli*, Roma; **Chirurgia delle paratiroidi** - Dott. *B. Paggi*, Roma.
9. **Chirurgia della mammella** - Prof. *R. Brancati*, Parma.
10. **Chirurgia del torace**: Pareti toraciche; Mediastino e timo - Dotto toracico; Esofago; Pleura - Polmoni; Cuore, pericardio e grossi vasi; Diaframma - Prof. *M. Ascoli*, Roma.
11. **Chirurgia dell'apparato genitale maschile**: Testicoli, deferente e scroto - Prof. *G. Matronola*, Roma; Vescichette seminali; Pene - Prof. *V. Lozzi*, Roma.
12. **Chirurgia dell'apparato genitale femminile** - Dott. *A. Cermenati*, Teramo.

☛ *Staccare* . . . .

Signor LUIGI POZZI, editore — ROMA

Avendo preso conoscenza di quanto trovasi pubblicato nel MANUALE DI CHIRURGIA *dedicato al Prof.* ROBERTO ALESSANDRI, *da voi edito, come trovasi specificato qui sopra e nella pagina seguente, mi impegno, quale abbonato al vostro Periodico* ....

di acquistare una copia della intera opera al prezzo di sole Lire Trecentosessanta anzichè di L. 400 da potersi pagare, con un primo acconto di lire Centodieci e le restanti L. 250 mediante dieci rate mensili di L. 25 ciascuna sino al completo saldo.

Pertanto vi invio contemporaneamente il mio primo versamento impegnativo di L. 110 e mi obbligo di pagarvi le rimanenti L. 250 in dieci rate mensili di L. 25 ciascuna, col rimettervi ogni mese mio relativo Vaglia Postale o Bancario o di versare mensilmente detto importo nel vostro Conto Corrente Postale N. 1/5945, fino alla totale estinzione del debito. (Coloro che preferissero ricevere i volumi pubblicati in pacco gravato di assegno del primo acconto di L. **110 e delle relative tasse postali, all'uopo occorrenti,** ne scrivino l'autorizzazione a tergo della presente, nel posto riservato per le comunicazioni del mittente).

In mancanza del mio diretto versamento mensile come sopra, vi riconosco il diritto di riscuotere da me l'importo della rata mediante Tratta Postale aumentata delle occorrenti spese.

Per qualsiasi controversia e per tutti gli effetti degli obblighi che derivano dal presente mio impegno, eleggo il mio domicilio in Roma, presso il vostro Ufficio.

(Residenza. data e indirizzo ben chiari) ....

....

(Firma ben leggibile) .... *(Paternità)* ....

(Luogo e data di nascita) ....

VOLUME TERZO.

1. **Chirurgia del cranio e dei tegumenti cranici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
2. **Chirurgia del cervello** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma; **Chirurgia del midollo spinale** - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
3. **Chirurgia dei nervi periferici** - Prof. *A. Chiasserini*, Roma.
4. **Chirurgia della colonna vertebrale** - Prof. *S. Crainz*, Roma.
5. **Chirurgia del bacino** - Dott. *P. Stefanini*, Roma.
6. **Chirurgia dell'apparato urinario**: Reni e ureteri; Vescica - Prof. *E. Mingazzini*, Roma; Prostata - Proff. *E. Mingazzini* e *V. Lozzi*, Roma; Uretra - Prof. *V. Lozzi*, Roma.

VOLUME QUARTO.

Chirurgia dell'addome:

1. Pareti addominali - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
2. Peritoneo - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
3. Ernie - Prof. *S. Gussio*, Catania.
4. Fegato e vie biliari - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
5. Pancreas - Prof. *L. Dominici*, Perugia.
6. Milza - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
7. Stomaco - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
8. Duodeno - Prof. *G. Baggio*, Cagliari.
9. Intestino tenue e colon - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
10. Appendice - Prof. *P. Valdoni*, Roma.
11. Retto e ano - Prof. *P. Valdoni*, Roma.

Prezzo della intera opera in quattro volumi, uno dei quali (il secondo) in due grosse parti, tutti rilegati in piena tela, di complessive pagg. 4300 con 2396 illustrazioni nel testo delle quali 106 in tricromia, L. **400** franco di porto in Italia, Impero e Colonie.

N. B. — *Esclusivamente agli abbonati al « Policlinico » od a qualsiasi delle altre nostre Riviste l'opera è ceduta per sole* L. **360** *anzichè* L. **400** **ed anche con la possibilità di pagarla gradualmente, ossia** *con un primo versamento di* L. **110** *all'atto della richiesta da farsi accompagnata dall'impegno scritto di versare le rimanenti* L. **250** *in 10 rate mensili da* L. **25** *cadauna, fino al saldo. Alla richiesta unire la fascetta comprovante la qualità di abbonato ad una delle nostre Riviste.*

Per l'Estero aggiungere, in ogni caso, L. 50 per le occorrenti maggiori spese postali di spedizione.

Il 1° pagamento di L. **110** *può essere anche versato nel nostro Conto Corrente Postale N. 1/5945 mediante l'apposito Bollettino che dall'Ufficio di Posta è fornito gratis, usando il quale si risparmia la tassa dell'ordinario Vaglia Postale.*

AVVERTENZA - L'impegno del pagamento dell'intero ammontare di L. 360 (ridotto a tanto esclusivamente per gli abbonati a qualsiasi delle nostre quattro Riviste), **può essere stillato e sottoscritto nel predetto Bollettino postale.**

Riportiamo un altro dei tanti giudizi espressi pel nostro " Manuale di Chirurgia ":

« **È inutile ormai ripetere tutto il bene che di questo trattato è stato detto**; *con questi due volumi viene completata la parte speciale di esso: il volume che conterrà la parte generale, è atteso fra pochi giorni.*

Nei volumi pubblicati è compresa la chirurgia dell'orecchio, del naso, faringe e laringe e dei seni della faccia, **scritta magistralmente e con ricchezza di osservazioni personali da Ferreri**, *la chirurgia del viso* **redatta accuratamente dal Gussio**; *la chirurgia dei mascellari da* **Matronola**; *la chirurgia della bocca e della lingua da* **Chiasserini**; *Stefanini ha raccolto* **tutto quanto riguarda la chirurgia delle ghiandole salivari**; *Valdoni ha trattato* **in maniera completa la chirurgia del collo**; *Ascoli la chirurgia della tiroide, della parete toracica, del mediastino, del timo, pericardio, cuore, grossi vasi, esofago, dotto toracico, pleura, polmone e diaframma: studio questo dell'Ascoli* **veramente completo sotto ogni punto di vista e ricco di osservazioni sensate e di equilibrio**.

Brancati ha redatto la chirurgia della mammella; Paggi quella delle paratiroidi, **capitolo nuovissimo che manca ancora nei comuni trattati**; *Matronola la chirurgia dello scroto, della vaginale e del testicolo; Lozzi la chirurgia delle vescichette seminali e la chirurgia del pene; Cermenati la chirurgia dei genitali femminili.*

L'Edizione, è, come ormai la Casa Ed. Pozzi ci ha abituati, **splendida: vi sono delle tricromie che, oltre ad essere tipograficamente belle, sono tante piccole opere d'arte** ».

(Da « *Rinascenza Medica* », 15 giugno 1934, Napoli). G. L.

Staccare..

★ CEDOLA POSTALE DI COMMISSIONE LIBRARIA ★

Da inviare sottoscritta e chiusa in busta affrancata con 50 centesimi

Spazio a disposizione del mittente per altre sue eventuali comunicazioni.

....

....

....

....

....

....

....

....

....

All'editore

Sig. LUIGI POZZI

(Giornale « Il Policlinico »)

ROMA (106)

VIA SISTINA, 14

ANNO XLVI — Roma, 4 Dicembre 1939 - XVIII — Num. 49

"IL POLICLINICO,,

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE
fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1939

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-a) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE DUE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-b) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 195

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

SOMMARIO.

Lavori originali: G. Santori: Sul trattamento della blenorragia con i preparati sulfamido-piridinici. — R. Gosio: L'anestesia della tiroide.

Rivendicazioni: G. Agostoni: Precisazioni sul trattamento bismutico nell'appendicite acuta.

Sunti e rassegne: MEDICINA DI GUERRA: Ch. Ruppe: Ferite di guerra della faccia. — GRUPPI SANGUIGNI: P. Dohr: Dati e problemi recenti nello studio dei gruppi sanguigni.

Cenni bibliografici.

Appunti per il medico pratico: SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA: Sulla diagnosi di infarto del miocardio. Valore dei segni clinici ed elettrocardiografici. Sindromi d'infarto senza infarto. — CASISTICA E TERAPIA: L'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano consecutiva ai traumi cranici chiusi. — Un caso di ernia cerebrale interna traumatica. — Le nevralgie lombo-crurali d'origine colica. — « Aura » nello shock da cardiozol e autoosservazione in stato di carenza di ossigeno. — Psicosi ed età critica. — Cura del prurito e dell'eczema anale con iniezioni locali di olio con pantocaina. — MEDICINA SCIENTIFICA: Fibrinogeno e frazioni proteiche del sangue nell'asma bronchiale. — VARIA.

Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Cronaca del movimento corporativo. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

LAVORI ORIGINALI

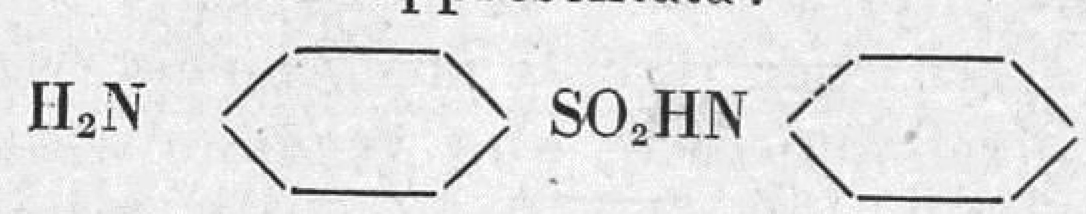
CLINICA DERMOSIFILOPATICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. PIER LODOVICO BOSELLINI.

Sul trattamento della blenorragia con i preparati sulfamido-piridinici.

Dott. GIACOMO SANTORI, assist. e docente.

Il trattamento chemioterapico della blenorragia, la cui importanza è ormai universalmente ammessa per i buoni risultati ottenuti mediante l'impiego dei vari preparati sulfoamidici, ha da poco più di un anno compiuto un nuovo grande progresso con l'introduzione in terapia della α (p. amino-fenil-sulfamido) piridina, composto preparato nel 1938 da Ewins e Phillips e denominato anche con la sigla M e B 693, dalla Ditta May e Baker che per prima lo mise in commercio.

Come il nome stesso lo indica, la molecola della sulfamido piridina (S. p.) è caratterizzata dalla combinazione della p. amino-fenil-sulfamide con la piridina e la sua formula può essere perciò così rappresentata:



Fin dalle prime ricerche sperimentali il nuovo preparato apparve dotato di un elevatissimo potere chemioterapico contro gli pneumococchi, potere che venne confermato dalle esperienze cliniche, dimostranti una netta attività terapeutica nelle infezioni pneumococciche umane e sopratutto nella polmonite lobare. Quasi contemporaneamente le esperienze vennero estese anche alle infezioni gonococciche e sono del giugno 1938 le prime relazioni di Lloyd-Erskine e Johnson in Inghilterra e di Durel in Francia, nelle quali si riconosce la grande attività del 693 di fronte al gonococco, e se ne preconizza l'uso sistematico in tutte le forme di blenorragia. In seguito le comunicazioni relative al nuovo preparato quale antiblenorragico si moltiplicano rapidamente specie in Francia, dove tutti gli autori sono or-

mai d'accordo nell'esaltarne l'efficacia, dopo le favorevoli conclusioni della Società Francese di Dermatologia e Sifilografia e quelle della Terza Conferenza francese della Blenorragia, tenutasi nell'aprile del corrente anno presso il Ministero della Sanità Pubblica.

Anche in Italia già da vari mesi sono stati posti in commercio preparati di S. p. (1) e sono comparsi già alcuni lavori, specie sul loro impiego nella polmonite lobare degli adulti e dei bambini. Per quanto riguarda la blenorragia devo citare un lavoro di Gallizia, basato su 25 casi personali di infezioni urologiche per lo più d'origine gonococcica, ma in parte dovute anche ad altri germi come lo streptococco, lo stafilococco ed il colibacillo, e nei quali, accanto al trattamento con tioseptale, vennero eseguiti anche altri interventi terapeutici locali o generali, con risultati quasi sempre ottimi. Un accenno alla cura sulfamido-piridinica ho trovato anche nel recente opuscolo di Sabatucci sulla blenorragia, nel quale l'A. rammenta il risultato brillante ottenuto con il tioseptale in un bambino affetto da uretrite blenorragica acuta complicata da ritenzione urinaria, mentre nella *Gazzetta Sanitaria* del luglio 1939 vengono citati i risultati, anch'essi ottimi, ottenuti con S. p. da Peracchia in 50 blenorragici per lo più di sesso maschile ed in fase acuta, alcuni dei quali presentavano anche delle complicazioni.

Nella Clinica Dermosifilopatica di Roma le esperienze cliniche con S. p. hanno avuto inizio nel mese di luglio 1939; finora sono stati trattati oltre 250 casi di blenorragia molti dei quali però, per essersi precocemente sottratti al controllo medico, non vengono considerati nel presente lavoro. Riferirò qui le osservazioni compiute su 100 soggetti, dei quali *70* uomini, *19* donne e *11* bambine affette da vulvovaginite gonococcica, tutti trattati esclusivamente con tioseptale (2) e seguiti poi per un tempo più o meno lungo sia dal punto di vista clinico che da quello batteriologico. La maggior parte dei malati, specie se affetti da forme non complicate di blenorragia, sono stati curati ambulatoriamente, sottoponendoli però a visite molto ravvicinate, onde seguire passo passo l'evolvere della malattia; un minor numero di casi è rimasto degente in clinica per un periodo di tempo più o meno lungo.

(1) I preparati sulfamidopiridinici sono confezionati in compresse che non si sciolgono, ma si disfanno facilmente in acqua e ciascuna delle quali corrisponde a gr. 0,50 del prodotto. Nella nostra Clinica è stato adoperato principalmente il Tioseptale (della S. A. Farmaceutici Italia) che per primo è stato messo in commercio in Italia.

(2) Solo in pochissimi casi è stato associato, dopo alcuni giorni di cura con S.p., qualche altro trattamento locale o generale con i comuni medicamenti.

I. *Blenorragia maschile*, casi n. 70.

Posologia. — Pur senza attenerci ad uno schema rigido di dosaggio della S. p., data la varietà delle condizioni individuali (età e peso del soggetto, presenza di altre malattie o disfunzioni viscerali, diversità di tolleranza e di efficacia, ecc.), in linea generale abbiamo seguito il metodo più frequentemente adottato dalla maggioranza degli AA. che si sono finora occupati dell'argomento, e che ci è sembrato corrispondere nel modo migliore ai requisiti richiesti, di massima efficacia cioè, congiunta con una sufficiente tollerabilità. Il metodo consiste nell'iniziare subito il trattamento con dosi forti di S. p. che vanno continuate per 2-3 giorni, riducendo poi gradatamente le dosi nei giorni successivi, in modo da impiegare, per la cura completa, 15-20 grammi del prodotto in 6-9 giorni (per es.: quotidianamente compresse n. 6-6-6-5-5-4-4-4, posologia più comunemente usata nei nostri casi; oppure: 6-6-6-4-4-4-2-2-2, corrispondente alla seconda posologia di Durel, preferita dalla maggior parte degli AA. francesi; od anche: 8-8-6-6-4-4-2-2, corrispondente alla terza posologia o posologia forte di Durel più raramente usata della precedente per la sua maggiore tossicità, nonostante i risultati terapeutici generalmente migliori). Come ho già detto, in parecchi casi, specialmente in seguito a fenomeni di intolleranza od in pazienti che si prevedeva avrebbero mal sopportato il trattamento, la dose più forte è stata limitata solo ad 1 o più spesso a 2 giorni, come pure si è qualche volta iniziato il trattamento con sole 5 compresse nelle 24 ore, oppure questo è stato sospeso dopo la somministrazione di soli 10 grammi del prodotto.

Riguardo alla posologia sono da ritenere due cose: primo, che è conveniente somministrare subito la dose massima, in modo da raggiungere e mantenere durante alcuni giorni una concentrazione ematica di S. p. tale da permettere in breve tempo la distruzione dei germi patogeni e quindi la guarigione batteriologica, che verrà poi consolidata mediante il trattamento a dosi decrescenti nei giorni successivi; secondo, che se l'efficacia della S. p. non si dimostra sin dai primissimi giorni di cura, è inutile prolungare questa al di là dei termini stabiliti, esponendo l'organismo agli effetti tossici del preparato; è preferibile piut-

tosto — dopo un intervallo di almeno 4-5 giorni — ripetere un secondo ciclo di chemioterapia, magari variando il prodotto adoperato benchè, stando all'esperienza di altri AA. e mia, le probabilità di successo siano in questi casi piuttosto scarse.

Risultati:

1) Uretrite gonococcica acuta anteriore. Su 26 casi ho ottenuto 20 volte un risultato favorevole; 2 volte recidiva dopo un'apparente guarigione durata soltanto alcuni giorni; 4 volte un debole miglioramento o risultati del tutto negativi.

2) Uretrite gonococcica acuta totale: 14 casi su cui 8 risultati favorevoli, 2 mediocri od incerti, 2 negativi e 2 recidive. Tra i casi favorevolmente influenzati dalla chemioterapia uno presentava delle intense mialgie, che cedettero rapidamente alla cura e due degli infiltrati a tipo nodulare o diffuso lungo il decorso dei linfatici dell'asta, che pure regredirono in seguito al trattamento, benchè con maggiore lentezza che non i fatti uretrali.

3) Uretrite gonococcica subacuta o cronica riacutizzata: 7 casi, datanti per lo più da parecchie settimane o corrispondenti a recidive spontanee di blenorragie di antica data. Su di essi 5 risultati favorevoli e 2 negativi, 1 dei quali si complicò con prostatite ed epididimite.

In totale dunque su 47 uretriti acute o subacute abbiamo — dopo un solo ciclo di cura con S. p. — *33* risultati favorevoli, *2* incerti, *4* recidive e *8* insuccessi. Nei casi favorevoli, cioè in oltre il 70 % dei pazienti, il decorso della malattia può essere così riassunto: rapida diminuzione e scomparsa della secrezione uretrale, che da giallo verdastra e densa dopo non molte ore appare già più chiara e fluida per divenire poi di consistenza mucosa, mentre di pari passo vanno diminuendo i disturbi subbiettivi, e specialmente il bruciore nella minzione. Spesso già dopo il primo giorno di cura i pp. osservano solo una scarsa secrezione mucosa che in molti casi può anche mancare; altre volte tale risultato viene raggiunto soltanto dopo il secondo od il terzo giorno. Contemporaneamente anche le urine si chiariscono, pur presentando però il più delle volte ancora alcuni filamenti, dapprima purulenti e poi soltanto mucosi: questi possono persistere anche per parecchio tempo, destando talora l'allarme dei pp., senza tuttavia assumere il significato di una persistenza dell'infezione gonococcica.

Seguendo infatti la malattia dal punto di vista batteriologico si osserva che la scomparsa del gonococco è ancora più rapida di quella dei fenomeni clinici, specie nelle forme totali o datanti da più lungo tempo, nelle quali i fatti flogistici sono più lenti a regredire, forse anche perchè in alcuni casi possono essere sostenuti dalla presenza di germi diversi dal gonococco. Gli esami microscopici praticati sulla secrezione uretrale o sui filamenti di pazienti che si ripresentavano dopo uno o due giorni di cura, sono stati — nei casi favorevoli — costantemente negativi per il gonococco e tali sono rimasti poi sempre in seguito, anche dopo la cessazione delle cure e la ripresa della vita normale.

Seguendo in un caso il modificarsi della secrezione uretrale su strisci prelevati di tre in tre ore dall'inizio della somministrazione di S. p., ho potuto sorprendere già dopo 6 ore il primo iniziarsi della diminuzione del numero dei gonococchi, divenuta evidente dopo 12 ore; tre ore più tardi, mentre soltanto scarsissimi gonococchi erano ancora reperibili nel preparato, questo mostrava anche una netta modificazione citologica, per la diminuzione dei leucociti e la comparsa di parecchie cellule epiteliali; dopo 18 ore non si ritrovavano più gonococchi tipici, ma solo qualche forma di degenerazione dubbia ed estremamente rara, che scompariva poi nei preparati successivi. Osservazioni analoghe sono state compiute anche da Cuilleret, che ha osservato la scomparsa del gonococco in media tra la 12ª e la 36ª ora; alcune volte si ebbe poi una ricomparsa transitoria al 3° giorno.

Ho parlato sempre finora di risultati favorevoli anzichè di guarigioni, perchè non tutti i pp. sono stati seguiti per un tempo sufficientemente lungo dopo la scomparsa dei fenomeni morbosi, sicchè a rigore non può essere esclusa in modo assoluto la possibilità di recidive. Debbo tuttavia far notare che, pur con le dovute riserve, i casi considerati come favorevoli presentano il massimo di probabilità di essere effettivamente guariti: in molti di essi infatti gli esami sono stati ripetuti più volte, anche dopo la prova della birra o dopo strapazzi fisici, dietetici e sessuali compiuti dai pp., e sempre con risultato negativo per il gonococco. Quanto al numero degli insuccessi, esso è alquanto superiore a quello osservato dalla maggior parte degli AA. francesi, che danno generalmente, nelle forme acute non complicate di blenorragia maschile, una percentuale dall'80 al 90 % ed anche più di guarigioni; debbo far notare però, per quanto mi riguarda, che alcuni dei

soggetti non guariti avevano praticato il trattamento in modo irregolare e d'altra parte è presumibile che numerosi soggetti, considerandosi guariti già dopo pochi giorni in seguito alla cura prescritta, non si siano più presentati alla visita ambulatoria e, non figurando nella presente statistica, facciano apparire così meno numerosi i casi favorevoli. Non mancano tuttavia anche nella letteratura statistiche assai meno ottimistiche; così quella di Prebble (di soli 25 casi) che ha registrato il 52 % di insuccessi e quella di Saby-Duval (72 casi) che, mentre presenta il 97 % di guarigioni nei pp. trattati con la posologia forte di Durel, ne presenta soltanto il 50 % per quelli trattati con la posologia media.

4) *Complicazioni.* Oltre ai 2 casi di *linfangite* già accennati a proposito delle uretriti totali, e ad alcune forme lievi di *prostatite*, in soggetti pure con uretrite totale, ho trattato con S. p. 14 casi di *epididimite gonococcica acuta*, alcuni dei quali presentavano contemporaneamente anche prostatite o vescicolite clinicamente apprezzabili.

In 11 pp., per la maggior parte ricoverati in clinica, la chemioterapia con S. p. dette risultati nettamente favorevoli, quasi sempre superiori a quelli che eravamo soliti osservare con le precedenti cure sulfoamidiche, proteiniche o vacciniche; due volte il risultato fu mediocre o insufficiente ed una volta, nonostante il nettissimo miglioramento dell'epididimite, si osservò la ricomparsa di secrezione uretrale contenente numerosi gonococchi.

Tranne che in quest'ultimo caso il favorevole effetto del trattamento con S. p. apparve, nelle complicanze maschili della blenorragia, sempre più precocemente dal punto di vista batteriologico che non da quello anatomo-clinico, cosa del resto facile a comprendersi qualora si rifletta che, anche dopo la scomparsa dell'agente morboso, è sempre necessario un periodo di tempo più o meno lungo perchè regrediscano delle alterazioni anatomiche che possono presentare anche una notevole entità. In genere i primi risultati della cura, nei casi favorevoli, sono da un lato la diminuzione e la scomparsa della secrezione uretrale, con contemporanea scomparsa dei gonococchi, dall'altra un netto miglioramento dei vari fenomeni subbiettivi (dolore, pollachiuria) ed una rapida caduta della febbre, che non riappare generalmente più in seguito. Le urine si chiariscono un poco più lentamente che nelle forme uretrali non complicate; il volume degli organi colpiti va gradatamente riducendosi, in modo che già al termine del primo ciclo di cura o pochi giorni più tardi i pazienti sono in grado di riprendere le proprie occupazioni. Questo fatto va tenuto presente anche ai fini economici, data la notevole diminuzione delle spese di spedalizzazione che se ne ricava. L'esperienza della nostra clinica infatti ci mostra che la durata media di degenza per i pazienti con epididimite gonococcica è passata, dopo l'introduzione del trattamento con S. p., da 18 a 12 giorni (tenuto conto anche dei risultati negativi), senza contare che, dati i rapidi effetti della cura, aumenta il numero dei casi che possono essere trattati ambulatoriamente. Considerando infine come nei pazienti trattati con S. p. sia molto più rara l'insorgenza di complicazioni, si possono già fin da ora valutare i grandi vantaggi economici della nuova terapia.

Nei pp. di sesso maschile finora trattati non ho avuto occasione di osservare casi di artrite gonococcica; tuttavia in un paziente con uretrite totale subacuta che presentava intense *artralgie* vertebrali e degli arti inferiori si ottenne, insieme con la regressione dei fatti uretrali, una rapida diminuzione e scomparsa dei sintomi dolorifici articolari.

5) Rammenterò infine 8 casi di *uretriti non gonococciche*, nei quali due sole volte (in uno di essi si trattava di un'uretrite pluribatterica post-gonococcica) ho avuto un risultato nettamente favorevole; quattro volte miglioramento di modico grado e due volte un risultato del tutto negativo. Frequenti insuccessi in questo campo, sono stati osservati anche da altri AA. (Lebeuf, Charpy e Bizot; Cochet-Balmey) indipendentemente dalla flora batterica riscontrata nei singoli casi.

Tolleranza. Uno dei punti più frequentemente messo in rilievo dagli AA. che hanno sperimentato la S. p. nella blenorragia è la sua tossicità nettamente inferiore a quella degli altri preparati sulfoamidici, specialmente per quanto riguarda la insorgenza di alterazioni nervose ed ematiche ed in genere per tutti i fenomeni tossici di qualche gravità. Ciò non toglie tuttavia che i fenomeni da « piccola intolleranza » siano piuttosto frequenti anche col nuovo trattamento anzi, se devo riferire l'impressione ricavata dalle esperienze finora compiute nella nostra clinica, direi che i disturbi subbiettivi accusati dai pazienti trattati con S. p. sono forse in complesso più frequenti di quanto non si osservasse con la sulfamide semplice.

Tali disturbi consistono il più delle volte in cefalea, che può essere anche molto intensa od accompagnarsi a vertigini, ed in bru-

ciori o più spesso pesantezza gastrica e senso di nausea. Molto frequente è anche l'anoressia ed un senso generale di spossatezza e di malessere; meno spesso si osservano insonnia, nervosismo, febbre, dolori addominali accompagnati da diarrea o più frequentemente da stitichezza. Non ho osservato negli uomini eruzioni cutanee (1) anzi, in un caso nel quale all'inizio del trattamento era presente un eritema tossico da balsamici, questo scompare durante la cura con S. p.

Tutti i disturbi osservati regredirono rapidamente appena sospesa la cura, il che è stato segnalato anche dagli altri AA., che ne deducono la scarsa gravità dei fenomeni tossici da S. p. È da notare anche a questo proposito che il più delle volte i disturbi accusati dai pp. nei primi giorni di cura diminuiscono poi gradatamente anche continuando la somministrazione del 693 alle dosi stabilite, il che da un lato può essere dovuto alla diminuzione delle dosi stesse e dall'altro è in rapporto probabilmente con un'assuefazione dell'organismo all'azione tossica del prodotto, sì che in pratica sono rari i casi nei quali si sia costretti ad interrompere il trattamento.

In alcuni dei pp. curati ambulatoriamente ed in quasi tutti quelli ricoverati in clinica è stata ricercata poi la presenza di urobilina nelle urine, con risultato positivo in oltre 1/4 dei casi: anche l'urobilinuria però scompariva quasi sempre dopo i primi giorni di trattamento, specie se si aveva cura di ridurre alquanto le dosi. Rammenterò infine che la fosfaturia, così frequente con i precedenti preparati sulfamidici, si osserva meno spesso e generalmente con minore intensità nei soggetti trattati con S. p.

II. *Blenorragia femminile*, casi n. 19.

Posologia. La somministrazione della S. p. è stata compiuta secondo gli stessi schemi adottati nell'uomo, ma spesso diminuendo alquanto il dosaggio (in molti casi 5 compresse come dose massima), specie in soggetti di peso inferiore alla norma o con qualche disturbo a carico dell'apparato digerente, così facile a verificarsi nella donna.

Risultati. La maggior parte delle pp. presentavano delle localizzazioni gonococciche multiple, ma per maggiore chiarezza d'esposizione prenderò in considerazione separatamente i singoli focolai morbosi.

1) *Cervicite gonococcica*: 9 casi, dei quali 1 datante da pochi giorni e non accompagnato da lesioni anatomiche clinicamente rilevabili, gli altri datanti da un periodo di tempo variabile da alcune settimane ad alcuni anni e che, oltre a secrezione purulenta più o meno abbondante dal forame cervicale, presentavano anche erosione del muso di tinca e talora ingrossamento di tutto il collo uterino. Una delle pp. era gravida al III mese. In tutti questi casi l'esame microscopico aveva dato, alla prima visita, un reperto positivo di tipici gonococchi intracellulari, soli od accompagnati anche da altri germi; ripetuto dopo uno o pochi giorni di cura i risultati sono stati costantemente negativi per il gonococco, mentre più volte è stata notata la persistenza dei germi associati.

Non altrettanto rapida ed evidente è apparsa l'efficacia del trattamento dal punto di vista clinico poichè, mentre la secrezione cervicale mostrava generalmente una diminuzione e sopratutto diveniva più mucosa che purulenta, l'erosione del muso di tinca migliorava più lentamente ed in alcuni casi persisteva pressochè immodificata anche parecchio tempo dopo terminata la chemioterapia. Osservazioni analoghe sono state compiute anche dagli AA. francesi (Fernet e Durel; Gaté e Cuilleret; Favre ed altri), che hanno tra l'altro richiamata l'attenzione sulla cattiva influenza esercitata dalla gravidanza sui risultati del trattamento con S. p.

2) *Uretrite gonococcica*: 8 casi, di cui 3 acuti e 5 subacuti. Tutte le pazienti hanno reagito favorevolmente alla cura, con la scomparsa precoce del gonococco dalla secrezione uretrale, che in alcuni casi ha persistito modificandosi però nei caratteri citologici e batteriologici (prevalenza di cellule epiteliali e di germi non patogeni).

3) Due delle pazienti con uretrite gonococcica presentavano anche una *skenite;* in un caso la piccola goccia purulenta ottenuta con l'espressione digitale della ghiandola di Skene era piena di tipici gonococchi. L'esame clinico praticato alcuni giorni dopo iniziata la chemioterapia mostrò un netto miglioramento dei fatti infiammatori e quello microscopico l'assenza di gonococchi. Questa osservazione mi sembra importante, perchè dimostra l'efficacia del trattamento con S. p. anche di fronte a focolai isolati, rivestiti da epitelio piatto, che finora erano considerati come

---

(1) Un caso di intenso eritema morbilliforme, accompagnato da vomito e febbre elevata, il tutto insorto poche ore dopo l'ingestione di un grammo di S.p., mi è stato cortesemente comunicato dal prof. Ciarrocchi che l'ha osservato nella sua pratica privata. Il quadro morboso è rapidamente regredito con la cessazione del trattamento.

ricettacoli sicuri dell'infezione gonococcica e che richiedevano un trattamento chimico o fisico energico, non sempre di facile esecuzione. Anche Cuilleret riferisce due casi di skenite guariti con la sola chemioterapia orale.

4) *Annessite*: 6 casi. Favorevoli risultati ho ottenuto anche in 4 casi di annessite bilaterale recente, uno dei quali associato con metrite e parametrite acuta, accompagnata da forti dolori, febbre elevata e con una secrezione purulenta abbondantissima e fetida. In questa p. la gonoreazione dette risultato positivo, mentre all'esame microscopico della secrezione non fu riscontrato gonococco, ma una flora batterica varia nella quale predominavano gli streptococchi. Dopo due giorni di chemioterapia, che associammo in questo caso con irrigazioni vaginali di permanganato di potassio, si osservò scomparsa della febbre e netto miglioramento dei fenomeni subbiettivi, seguito ben tosto anche da un miglioramento di quelli obbiettivi, tanto che dopo appena una settimana di degenza la p. chiese ed ottenne di poter lasciare la clinica. Un secondo esame microscopico della secrezione uterina, divenuta assai più scarsa, dimostrò la completa scomparsa degli streptococchi. In altri due casi, nei quali la forma annessiale datava da lungo tempo, i risultati sono stati soltanto mediocri, sì da consigliare un trattamento misto con proteino- e vaccinoterapia.

5) Utile è apparsa la cura con S. p. in un caso di *artrite subacuta* di lieve grado dell'articolazione tibiotarsica S in una p. con gonoreazione fortemente positiva, come pure in una *periostite* circoscritta della cresta tibiale D in una p. che presentava contemporaneamente un'uretrite gonococcica.

6) Risultati negativi si sono avuti invece in 4 casi di *bartolinite* delle quali due acute e due croniche, a tipo cistico. Da notare però che nelle prime il trattamento venne iniziato in ritardo, a fluttuazione già evidente, e che d'altra parte in nessun caso si potè accertare con sicurezza la natura gonococcica dell'affezione, benchè due delle pp. presentassero una gonoreazione positiva.

In una quinta ammalata, affetta contemporaneamente da uretrite gonococcica, si provocava con la pressione la fuoriuscita di pus dal canale escretore della ghiandola di Bartolino, che non appariva però tumefatta nè dolente. Dopo il trattamento con S. p. tale secrezione diminuì fino a quasi cessare.

7) Risultato negativo infine ho avuto in un caso di leucorrea, senza lesioni anatomiche apprezzabili della cervice e dell'uretra, ed in alcune cerviciti osservate in soggetti con altre localizzazioni gonococciche, ma nelle quali l'esame microscopico aveva dimostrato la presenza di germi diversi.

In complesso perciò nelle forme gonococciche della donna da me osservate, le conclusioni sono ancor più favorevoli che nell'uomo, almeno per quanto riguarda il risultato batteriologico, spesso ripetutamente controllato a distanza di tempo, anche dopo la fine delle mestruazioni e costantemente favorevole. Dal punto di vista clinico invece in molti casi sono persistite delle alterazioni che hanno richiesto l'impiego anche di altri trattamenti. S'impone poi per le donne ancor più che per gli uomini la già prospettata riserva sul giudizio di guarigione, che dovrà essere quanto mai cauto e prudente prima di essere pronunciato in maniera definitiva.

Tolleranza. I disturbi accusati dalle pp. sono presso a poco gli stessi sui quali più sopra mi sono intrattenuto; ad essi bisogna aggiungere qualche caso di vomito, presentatosi nei primi due giorni di cura e cessato poi in quelli successivi, nonostante il mantenimento delle stesse dosi; ed un caso di eritema diffuso del tronco e degli arti, accompagnato da prurito, malessere generale e lievi elevazioni febbrili, ma regredito rapidamente con la sospensione della chemioterapia. La cura è stata sopportata discretamente anche nella gravidanza.

III. *Vulvovaginite gonococcica infantile*, casi 11.

È questo il campo nel quale la chemioterapia con S. p. ha mietuto i più brillanti successi. Nella letteratura ho potuto raccogliere 117 casi di vulvovaginite gonococcica acuta o cronica, di cui 72 sottoposti al trattamento esclusivo di S. p. per via orale (70 casi) o parenterale (2 casi), e 45 trattati contemporaneamente con cure locali (Touraine e Meslin). Mentre in questi ultimi si ottennero 37 successi con il primo ciclo chemioterapico ed 8 con il secondo, ripetuto dopo un intervallo di 10 giorni, negli altri casi tutte le pp. guarirono con pochi giorni di trattamento, eccettuate 3, che resistettero più o meno a lungo alla cura. Di queste però una aveva preso per errore soltanto mezzo grammo di 693 al giorno, invece della dose prescritta di 1 grammo (Brown e Kathleen) ed un'altra aveva pure ricevuto un trattamento irregolare, per gravi fenomeni di intolleranza provocati dal trattamento stesso (Michel, Pellerat e Durand). È questo anzi l'unico caso riportato nella lette-

ratura di incidenti di una certa gravità insorti nel corso della chemioterapia antigonococcica con S. p. La bambina di anni 5 ebbe il primo giorno di cura (due grammi di S. p.) intenso vomito, che cessò sospendendo il medicamento e si ripresentò due giorni dopo, in seguito alla somministrazione di un'altra compressa di 693. Dopo due giorni d'intervallo fu ripreso il trattamento con 1 grammo quotidiano di prodotto, ma al 4° giorno insorse un forte ittero, accompagnato da alterazioni renali, anemia, leucopenia, mielocitosi. Il quadro tossico, benchè piuttosto impressionante, cominciò però a regredire già dopo tre giorni in seguito a trattamento con estratti epatici, bleu di metilene e bicarbonato di sodio, e guarì poi senza lasciare postumi.

Nei miei casi il risultato è stato 1 sola volta cattivo e 10 volte invece favorevole già dopo pochissimi giorni di cura, sia dal punto di vista batteriologico che da quello clinico (persistenza talora di lieve secrezione mucosa, con presenza di germi vari all'esame microscopico). Quasi tutte le pp. sono state seguite per un tempo abbastanza lungo dopo la cura, sottoponendole a ripetuti esami di controllo, ed in qualche caso anche a riattivazione con nitrato d'argento, ma sempre con esito negativo. Uno dei casi era stato già trattato ripetutamente con altri preparati sulfoamidici, con risultati scarsi e transitori, nonchè con la follicolina per via orale e con lavande vaginali di permanganato di potassio; gli altri erano tutti datanti da pochissimo tempo. La maggior parte delle pp., di età variabile dai 18 mesi ai 9 anni, presentavano anche un'uretrite gonococcica, che regredì nello stesso tempo della vulvovaginite; in un caso poi era presente all'inizio del trattamento anche un'*artrite acuta* del polso destro, accompagnata da notevole edema, dolore, e limitazione dei movimenti, che regredì del tutto nello spazio di 4-5 giorni.

Da notare ancora il risultato favorevole raggiunto in una bambina di 9 anni con la somministrazione per un solo giorno di 2 grammi di S. p., sospesa poi per l'insorgenza di un attacco di sospetta natura appendicolare, per il quale la p. dovette essere trasferita in un reparto chirurgico. Riesaminata ripetutamente nei giorni successivi, la p. non dimostrò più secrezione purulenta dai genitali, nè più presentò gonococco nello scarso secreto prevalentemente mucoso raccolto dall'uretra e dalla vagina.

Posologia. Il trattamento con S. p. nelle bambine va seguito con gli stessi criteri adottati negli adulti, ma riducendo naturalmente le dosi in rapporto all'età. La dose massima è in genere di 2-4 compresse al giorno, da somministrarsi frazionatamente (mezza compressa per volta in acqua zuccherata), diminuendo poi gradatamente le dosi in modo che la durata della cura corrisponda ad una media di 6-9 giorni, per un totale di 4-10 grammi di prodotto. Secondo Lépinay è sufficente che la dose iniziale corrisponda a 5 cgr. al giorno per Kg. di peso del soggetto, ma di solito anche dosi maggiori vengono tollerate senza inconvenienti, purchè si abbia l'avvertenza di non prolungarne la somministrazione oltre i due od i tre giorni al massimo.

Tolleranza. I disturbi tossici riguardano sopratutto l'apparato digerente (inappetenza, vomito, diarrea); talora ho osservato anche insonnia, agitazione, lieve deperimento, pallore; nell'urina è stata in alcuni casi riscontrata transitoriamente della urobilina.

Osservazioni generali:

Alcuni problemi connessi con la chemioterapia antigonococcica con S. p. e che riguardano tutti i gruppi di pazienti finora presi in considerazione, meritano di essere qui brevemente discussi:

1) *Meccanismo d'azione della S. p. e cause d'insuccesso.* Che la S. p. possegga un'azione elettiva di fronte a determinati agenti patogeni, tra i quali lo pneumococco ed il gonococco, è cosa sicuramente dimostrata sia sperimentalmente che clinicamente. Ma mentre alcuni AA. ritengono che l'efficacia del trattamento sia in rapporto sopratutto con un'azione antimicrobica diretta del medicinale, dimostrabile anche in vitro, e spiegano gli insuccessi ammettendo l'esistenza di ceppi batterici sulfamido-resistenti (Felke), altri mettono invece in primo piano i poteri difensivi e la capacità reattiva dell'organismo. Secondo Levaditi l'azione di quest'ultima consisterebbe nella trasformazione del medicamento somministratogli, nel regolarne l'eliminazione e nella sua utilizzazione mirante ad impedire la normale moltiplicazione dei germi stessi per mezzo della fagocitosi. Domagk, mentre non ritiene che la S. p. provochi un'eccitazione aspecifica del sistema reticolo-endoteliale, ammette piuttosto una azione combinata dell'organismo con l'attività antimicrobica del medicamento che, se non uccide direttamente tutti i germi, li modifica però in modo tale da renderli facile preda della fagocitosi.

Alcune interessanti osservazioni cliniche di Lebeuf dimostrano chiaramente l'importanza

del fattore terreno in casi di S. p.-resistenza. Curando infatti delle coppie di coniugi affette da blenorragia l'A. osservò in alcuni casi guarigione dell'uno e resistenza dell'altro coniuge, nonostante che il trattamento fosse eseguito da ambedue regolarmente. Ma mentre in molti casi la causa dell'insuccesso della chemioterapia, pur dovendo ricercarsi nell'organismo ammalato, non appare chiara, altre volte è possibile rendersi conto del perchè la cura non abbia prodotto i suoi benefici effetti.

Uno dei fattori più spesso invocati ed ammessi dalla maggior parte degli AA. è l'insufficienza delle dosi iniziali, specie se a lungo protratte (S. p.-resistenza secondaria). Ne ho già riportato un esempio (caso di Brown e Kathleen) al quale ne posso aggiungere un altro personalmente osservato, riguardante un bambino di 7 anni, affetto da uretrite gonoccica subacuta, che per circa un mese aveva continuato a prendere, senza alcun disturbo ma anche senza alcun effetto terapeutico, una compressa quotidiana di S. p. In questo p., nonostante il successivo trattamento con dosi anche molto elevate rispetto all'età (fino a 5 compresse al giorno) ripetuto per due volte a distanza di alcuni giorni, non si ottenne alcun risultato, mentre bastarono poche iniezioni di vaccino antigonococcico. non associato con altre cure locali o generali, per ottenere una rapida regressione dei fenomeni clinici e la negatività dell'esame microscopico, tuttora persistente dopo oltre un mese dalla sospensione delle cure.

L'efficacia della vaccinoterapia in questo caso verrebbe a convalidare le osservazioni compiute da Charpy e Bizot, secondo i quali l'insuccesso della chemioterapia potrebbe spiegarsi con la anergia presentata da alcuni pp. (gonoreazione negativa), modificando la quale mediante la proteinoterapia aspecifica gli AA. ottennero in un caso risultati favorevoli dopo un nuovo ciclo curativo di S. p. A proposito della gonoreazione debbo notare che nell'unico caso, tra le 11 vulvovaginiti gonococciche da me osservate, che non ha risentito beneficio dal tioseptale, si trattava di una p. con gonoreazione negativa e che tale è rimasta anche dopo un ciclo di vaccinoterapia; tuttavia una gonoreazione negativa era stata presentata anche da alcuni dei casi trattati con successo.

Anche l'irregolarità del trattamento, rispetto al ritmo di somministrazione od all'entità delle varie dosi, come pure la sua troppo precoce interruzione influiscono senza dubbio sulla sua efficacia; a questo proposito anzi alcuni AA., tra cui Milian, consigliano di non lasciar passare troppe ore tra la ultima dose di una giornata e la prima del giorno successivo dato che, per la rapida eliminazione urinaria del prodotto, il tasso ematico dello stesso potrebbe durante la notte abbassarsi al disotto del limite necessario ad ottenere l'effetto terapeutico desiderato. Secondo altri AA. poi questa insufficiente concentrazione ematica del 693 che in molti casi si riscontra, per deficiente assorbimento o per eliminazione massiva del prodotto, indipendentemente dalle dosi e dal loro ritmo di somministrazione, sarebbe appunto la causa principale di molti insuccessi, ad ovviare i quali si consiglia di prendere la S. p. insieme con un po' di bicarbonato di sodio, che ne renderebbe più facile l'assorbimento.

Ricorderò infine che responsabili di alcuni insuccessi si sono stati ritenuti anche: la persistenza di focolai microbici cronici o incistati; le cattive condizioni generali del soggetto, la gravidanza, la contemporanea presenza di altre malattie debilitanti e così via.

2) *Intolleranza al trattamento e mezzi per combatterla.* Milian divide i disturbi osservati in seguito al trattamento con S. p. in locali e generali. I primi sarebbero dovuti ad una azione diretta del preparato, che agirebbe come una sostanza caustica sulla mucosa dello stomaco, provocando quei disturbi gastrici così frequenti ad osservarsi e che possono combattersi diluendo le compresse in abbondante quantità di acqua, possibilmente alcalina o resa tale con aggiunta di bicarbonato. I disturbi generali sono per la massima parte da considerarsi come tossici, e sarebbero dovuti ad una vasodilatazione d'origine simpatica, che migliora in seguito alla somministrazione di adrenalina, pituitrina od altre sostanze ad azione vasocostrittrice. Più rari sono i disturbi che l'A. interpreta come fenomeni biotropici, diretti od indiretti, come alcune eruzioni cutanee del 9° giorno, alcune porpore infettive, eruzioni di erpete e forse anche l'agranulocitosi. Quanto alle eventuali alterazioni della *spermatogenesi*, alle quali però la maggior parte degli AA. non attribuisce molta importanza, Milian ritiene che esse si riscontrino, sia pure in proporzioni minori, anche nei blenorragici non sottoposti a trattamento chemioterapico. Quest'ultimo agirebbe solo per mezzo di una transitoria stimolazione dei gonococchi, il che spiegherebbe la rapida regressione delle alterazioni predette dopo la guarigione della blenorragia.

Anche altri AA. consigliano la somministra-

zione di adrenalina o di efedrina per combattere i disturbi da S. p.; nella nostra clinica abbiamo sperimentato in vari casi l'azione di estratti epatici per via paranterale, che ci è sembrato migliorassero alquanto la tolleranza. Spesso però è difficile un tale giudizio perchè, come già è stato osservato, i disturbi provocati dal trattamento diminuiscono in molti casi spontaneamente dopo i primi giorni di cura.

Controindicazioni alla terapia con S. p. sono rappresentate sopratutto da lesioni epatiche e renali di una certa gravità; ma in linea generale tutti gli stati di deperimento e di intossicazione organica, quale che ne sia la causa, debbono consigliare la maggiore prudenza per la condotta della chemioterapia. È bene evitare inoltre che durante il trattamento con S. p. vengano compiute anche altre cure capaci di provocare incidenti tossici, come quelle auriche ed arsenobenzoliche.

3) *Associazione di trattamenti antiblenorragici locali o generali.* Mentre con l'uso dei vari preparati sulfoamidici la maggior parte degli AA. era d'avviso che fosse conveniente, nella cura della blenorragia, associare alla chemioterapia anche i classici trattamenti locali, le cose appaiono radicalmente mutate dopo l'introduzione della S. p., che è sufficiente nella maggior parte dei casi ad ottenere da sola la rapida scomparsa del gonococco insieme con una regressione più o meno accentuata di tutti i sintomi clinici della malattia. Come regola generale dobbiamo perciò ritenere — d'accordo con le conclusioni della maggioranza degli AA. francesi — che il trattamento locale è da considerarsi superfluo, almeno per quanto riguarda la blenorragia acuta maschile, tranne naturalmente i casi nei quali la chemioterapia risulti inefficace o non possa venire applicata per la presenza di controindicazioni o l'insorgenza di fenomeni d'intolleranza di qualche gravità.

Molti AA. però ritengono che, specie nei casi iniziali ed in pp. che possono essere giornalmente seguiti da un medico competente, il metodo misto, mentre può ancora aumentare la percentuale dei successi, consenta nello stesso tempo di diminuire le dosi e la durata della cura, evitando così di esporre i pp. all'azione tossica prolungata della S. p. Janet che caldeggia l'associazione della chemioterapia orale con il trattamento locale biquotidiano per mezzo di iniezioni uretrali di argirolo o di vitargil, limita infatti il trattamento dei suoi pp. ad un periodo di soli tre giorni, ottenendo un'altissima percentuale di guarigioni. Un trattamento misto può essere poi indicato in alcune forme croniche o complicate, per esempio nelle prostatiti, che possono richiedere l'applicazione di massaggi o la vaccino-terapia. Le cure locali possono essere utili anche in quei casi in cui, dopo il trattamento chemioterapico, persiste una lieve uretrite sostenuta da germi diversi dal gonococco, e così pure in qualche forma di uretrite non gonococcica fin dall'inizio.

Nella blenorragia femminile poi sono parecchi i casi nei quali è conveniente associare alla chemioterapia qualche altro trattamento sia locale che generale: per es. per affrettare la riepitelizzazione di erosioni cervicali, specie in forme croniche o dovute ad infezioni miste; per combattere alcuni catarri cervicali ribelli; per ottenere la risoluzione di infiltrati annessiali, per distruggere dei focolai circoscritti che poco risentissero della chemioterapia e così via.

Infine può essere richiesto il trattamento misto anche nelle bambine affette da vulvovaginite che qualche volta, dopo la guarigione dell'infezione gonococcica, presentano ancora una lieve secrezione ricca di germi vari e dovuta, secondo Gaté e collaboratori, ad una alcalinità patologica dell'ambiente vaginale. Questo stato di cose può essere secondo l'A. modificato sia con irrigazioni vaginali lievemente acide che con la cura follicolinica per via orale, protratta per un periodo di 8-10 giorni.

RIASSUNTO E CONCLUSIONI.

1) L'introduzione in terapia della S. p. permette di ottenere rapidi successi con il solo trattamento orale nella maggior parte dei casi di blenorragia, sia maschile che femminile ed infantile, semplice o complicata.

2) Su 87 casi complessivi d'infezioni gonococciche personalmente seguiti si sono ottenuti 68 volte risultati favorevoli, rilevabili già nei primissimi giorni di trattamento, mediante un solo ciclo curativo della durata di 6-10 giorni; 4 volte risultati mediocri od incerti; 5 volte miglioramento seguito poi da recidiva, superata talora con un ulteriore ciclo chemioterapico e 10 insuccessi.

Scarsa efficacia ha dimostrato invece la chemioterapia con S. p. in 8 casi di uretrite non gonococcica dell'uomo ed in alcuni casi di leucorrea e di bartolinite nella donna.

3) Nei casi favorevoli si osserva in primo luogo la scomparsa del gonococco dalle secrezioni patologiche (per lo più già nel secondo giorno di cura), mentre i fenomeni clinici, spe-

cie nelle forme complicate e nella blenorragia femminile, si modificano più lentamente.

4) Non sono mai stati osservati fenomeni tossici gravi in seguito al trattamento con S. p.; tuttavia la maggior parte dei pp. hanno accusato disturbi passeggeri di vario tipo ed intensità, che solo in rari casi hanno imposto la sospensione della cura. Questa comunque deve essere sempre eseguita sotto sorveglianza medica.

5) I comuni trattamenti antisettici locali, come pure quelli biologici o fisioterapici, appaiono superflui nella maggioranza delle blenorragie maschili, specie se in fase acuta, ed in buona parte di quelle femminili; in parecchi casi tuttavia essi possono utilmente associarsi con la chemioterapia e sono poi necessari nei casi di resistenza o di intolleranza di fronte al trattamento con S. p.

Chiunque abbia avuto occasione di studiare e trattare un congruo numero di blenorragici e sa quanti ostacoli, spesso insormontabili, si frapponevano alcuni anni or sono alla loro guarigione e quante difficoltà si incontravano ancora di recente, nonostante l'uso, indubbiamente efficace, dei preparati sulfoamidici, non potrà fare a meno di salutare nella introduzione in terapia della S. p. una nuova conquista della scienza ed insieme un grande progresso della medicina pratica, le cui conseguenze non tarderanno a manifestarsi anche nel campo economico e sociale.

BIBLIOGRAFIA.

Per le conclusioni della III Conferenza francese della blenorragia confronta: Ann. Mal. Vén., aprile 1939; vedi pure il n. 4, 1939 del: Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., che riporta la seduta della Società Francese di Dermatologia e Sifilografia dedicata alla cura della blenorragia con i preparati sulfoamidici. Confronta inoltre:

BROWN e KATHLEEN. Brit. Med. J. 1939-320.
CUILLERET. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1938, 1715.
DUREL. Bull. Soc. Franc. Derm. Syph., 1938, 960.
FELKE. Arch. f. Derm. u. Syph. 1939, 178.
FERNET, DUREL, RATNER e PELLERAT. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1938, 1791.
GALLIZIA. Arch. It. Med. Sper., 1939-VIII.
LLOYD, ERSKINE, JOHNSON. Lancet, 1938, 1305.
MICHEL, PELLERAT e DURAND. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph., 1939, 235.
PERACCHIA. Cit. in Gazzetta Sanitaria 1939, 79.
PREBBLE. Lancet, 1938-1163.
RUBEGNI. Policl., Sez. Prat., 1939, n. 35.
SABATUCCI. *Nozioni elementari di medicina sulla blenorragia.* Pozzi. Roma, 1939.
TOURAINE e MESLIN. Bull. Soc. Franç. Derm. Syph. 1939, 354.

ISTITUTO DI SEMEIOTICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. A. SIGNORELLI.

L'anestesia della tiroide

R. GOSIO, aiuto e lib. doc. di clinica medica.

In base alle nostre ricerche un nuovo metodo diretto a modificare il valore funzionale della tiroide si affaccia oggi all'orizzonte: quello della anestesia intraparenchimale della glandola. A priori sembra impreciso parlare di anestetizzazione di terminazioni nervose non specificamente dolorifiche ma piuttosto trasmittenti un *neurotono endocrino,* tuttavia un complesso di osservazioni sulle quali abbiamo richiamato l'attenzione in alcuni lavori precedenti, dimostra che il campo d'azione degli anestesici — tipo novocaina, tutocaina, stovaina, ecc. — appare piuttosto di ordine nervoso generale, con qualche variante per l'uno o per l'altro preparato, che non singolarmente anestesico, poichè ad esempio vengono colpiti, oltre le vie dolorifiche, anche i sensi specifici, le sensibilità termica e tattile, vengono paralizzate le terminazioni sensitive della riflessività miostatica, si svolgono azioni vasomotorie tissurali e viscerali che più o meno direttamente possono influenzare il metabolismo secretorio dei tessuti e in specie di determinati visceri.

Non fa quindi meraviglia che agendo su di un piano endocrino si possa per anestetizzazione modificare la complessa neurotonia del tessuto, relativamente alle affinità dell'anestesico verso il tipo e la sezione di rete nervosa che colpisce, con modalità e con risultati che lo esperimento e l'applicazione clinica sulla tiroide sono mano a mano in grado di rivelarci più esattamente.

La tiroide ha un'innervazione molto ricca e assai complessa, vi forniscono fibre nervose seguendo Brauecker il plesso carotideo, il plesso faringeo, i nervi cardiaci superiori, medi ed inferiori del ganglio cervicale inferiore, il plesso sottoclaveare, il nervo glosso faringeo, i nervi cardiaci del vago e dell'ipoglosso. Da questa complessa derivazione si originano vie antagoniste simpatiche e parasimpatiche rispettivamente a componente secretiva e di scarico (Pende) ed in cui Danielopolu considera una sezione inibitrice ed una eccitatrice non ancora sicuramente individuate. Orbene sembrerebbe logico che se l'anestetizzazione colpisce in prevalenza terminazioni eccitatrici, possia-

mo sperare in un abbassamento del valore incretologico del settore parenchimale anestetizzato, che se per contro dovesse prevalere l'azione dell'anestesico su terminazioni inibitrici, potremmo giungere persino ad una esaltazione della funzionalità del settore parenchimale interessato. In pratica questa distinzione teoretica che può servire a rendere conto di alcuni fenomeni osservati in corso di novocainizzazione tiroidea, quale ad esempio una certa variabilità di neurotono tiroideo in corso di trattamento, non sembra avere un valore sostanziale. L'anestetizzazione risulta in definitiva il più spesso efficente a modificare sia direttamente che indirettamente l'influsso della tiroide su quelle manifestazioni eretistiche che per essa sembrano mantenute o eccitate. D'altra parte mentre sugli inizi abbiamo considerato piuttosto l'anestetizzazione parenchimale della tiroide come un trattamento d'urgenza da applicarsi nel tiroidismo grave o qualsiasi volta che si ritenga la funzionalità della tiroide dannosa nel suo riverbero verso una grave manifestazione svolgentesi nel distretto di sua ingerenza, noi siamo ormai convinti che un significato fondamentale venga assunto dall'anestesia tiroidea quando venga applicata come metodo sistematico e ciclico nel trattamento del tiroidismo, diretto e riflesso. Per cui in definitiva, a traverso mutazioni del neurotono ghiandolare — che mai hanno coinciso nelle nostre ricerche con una esaltazione dannosa del tiroidismo — si giunge a modificare profondamente e in limiti relativamente stabili il « valore » della tiroide. Questo è un punto fondamentale della questione e cioè che la durata degli effetti « sedativi » dell'anestetizzazione possa protrarsi e e quindi statizzarsi oltre il semplice normale raggio d'azione di quanto intendiamo per anestesia. In altri campi la clinica offre esempi molto dimostrativi attestanti che il dolore troncato per anestesia una o più volte cede con effetto duraturo o radicale, per cui gli AA. hanno dovuto ammettere che un meccanismo adeguato a tali risultati si stabilisca tramite l'anestesia. Così Lichtwitz, Marinescu, Lapique, Legendre, Gavrilescu e presso di noi Donaggio e collaboratori, considerano gli anestesici come veleni protoplasmatici nervosi il cui effetto anatomico è stato anche istologicamente definito.

Questo meccanismo si può certamente invocare considerandolo efficiente a modificare più stabilmente il tiroidismo intrinseco (ipertiroidismo) nel senso che l'interruzione anestesica sistematica delle terminazioni nervose, modificante transitoriamente la secrezione o lo scarico degli ormoni tiroidei, verrebbe successivamente a statizzarsi, specie in seguito ad una serie di novocainizzazioni, per alterazioni definitive irreversibili delle neurofibrille tiroidee, inducendo una specie di *ipotonia incretologica* permanente, eventualmente compensata soltanto dal continuo divenire patologico inerente alla malattia tiroidea.

Ma la tiroide va considerata inserita nel dinamismo nervoso anche in base a riflessi eccentrici rispetto alla ghiandola, che, facendo capo specie ai centri nervosi simpatici vertebrali, sono in grado di influire a loro volta sui meccanismi di regolazione tiroidea che per essi si dipartono. È noto infatti come Sicard abbia principalmente segnalato l'importanza dei fenomeni di inibizione che si esercitano sui centri simpatici per stimoli che si realizzano nelle regioni anestetizzate che vi fanno capo. Così, a seconda del distretto su cui si esercita l'anestesia, gli impulsi di inibizione sarebbero capaci di determinate proiezioni a distanza in modo da provocare variazioni nel tono del neurone centrale cui s'innestano, favorendo o sopprimendo reazioni vasomotorie d'ordine complesso fra cui più tipica risulta ad esempio l'abolizione della reazione cutanea alla senape (Albert-Lunedei). Siamo quindi in presenza di meccanismi complessi difficilmente per ora meglio individuabili, data anche la scarsa conoscenza che abbiamo delle vie nervose della tiroide, meccanismi i quali per altro si possono sommare nel causare sia una variazione diretta del valore incretologico della ghiandola, sia una modificazione dell'attività di centri nervosi ad essa connessi i quali d'altra parte costituiscono nodo di smistamento d'impulsi di origine disparata.

Date queste premesse sommariamente esposte, ne consegue che l'intervento di anestetizzazione parenchimale tiroidea trova impiego in stati morbosi intrinseci di esaltamento funzionale della glandola, dall'ipertiroidismo al tiroidismo tossico, al basedowismo con speciale riguardo agli stati gravi ed irriducibili (crisi tiroidee, cachessia tiroidea, coma tiroideo) e ogni qual volta si consideri che l'attività metabolica richiesta dalla tiroide risulti sproporzionata alle possibilità create nei singoli organi da alcuna condizione morbosa. L'anestesia della tiroide inoltre si giustifica quando, considerando la glandola nel giuoco dei riflessi che da essa si ripartono e ad essa giungono, si possa pensare, in base alle suesposte conoscenze sugli attributi dell'anestesia, di interrompere a livello tiroideo uno degli a-

nelli di determinate riflessività morbose ed infine quando si pensi di costituire a traverso l'anestesia di un centro eminentemente simpatico una sorgente d'impulsi inibitori che si svolgono lungo le vie nervose ad essa connesse.

In clinica l'attuazione di queste direttive ha ormai provato che la tiroide è sensibile all'anestesia, molto probabilmente modifica ad un tempo la sua attività diretta e riflessa poichè a traverso un ciclo di novocainizzazioni intratiroidee opportunamente eseguite (1), comportanti in media da 5 a 10 interventi eseguiti quotidianamente o a giorni alterni od ogni terzo giorno con 2 cc. novocaina al 2 % per ciascun lobo tiroideo, si osservano modificazioni dell'eretismo connesso agli stati tiroidei e modificazioni riflesse sopratutto quando venga impiegata in malattie dell'apparecchio circolatorio, quali sopratutto l'angina di petto e l'ipertensione essenziale.

Noi abbiamo documentato recentemente intorno a vari casi di « angina pectoris » irriducibili (stato anginoso) che a gran distanza di tempo si possono considerare radicalmente modificati nel loro decorso doloroso. Gli esempi di tale possibilità si accrescono nelle nostre mani assai rapidamente per cui oggi riteniamo che l'anestesia della tiroide sia in grado di spezzare l'anello costituito fra spasmo coronarico e sindrome dolorosa, così come Leriche e Laubry hanno ritenuto di fare mediante l'anestesia del ganglio stellato. È probabile inoltre che a questo meccanismo si aggiunga un migliorato trofismo cardiaco per diminuita richiesta di lavoro al cuore relativa all'ipotonia funzionale della tiroide.

Per quanto riguarda l'ipertensione essenziale, ai 4 casi trattati già presentati all'Accademia possiamo aggiungerne altri 3, in due dei quali (5 in tutto) si sono osservate notevoli riduzioni del tasso pressivo abituale contemporaneamente ad una sedazione generale dei fenomeni comportati dall'ansiosità e dall'irritabilità degli ipertesi trattati. Non è facile giustificare l'influenza deprimente il tono pressivo ottenuta per anestesia della tiroide, tuttavia essa rappresenta il preminente centro neuroendocrino simpatico che domina vuoi direttamente, vuoi tramite l'attività dei surreni il vasospasmo, anzi numerose ricerche considerano l'ormone tiroideo come il principale fattore determinante il punto d'attacco dell'adrenalina sul sistema simpatico vasopressore.

Se si pensa poi che non di rado gli stati ipertensivi si statuiscono all'epoca delle principali turbe endocrine della vita, questo è argomento in favore per pensare che l'attenuazione del tono di un centro endocrino, abitualmente esaltato appunto in tale periodo, possa cooperare specialmente in questi casi a ristabilire una maggiore normalità di rapporti nel metabolismo dei vari settori, soggetti alla tiroide. Forse per queste ragioni abbiamo ottenuto i maggiori successi in casi di ipertensione climaterica in cui le note del tiroidismo, particolari crisi ansiose, insonnia, psichismo e persino un caso tipico di asma climaterico irriducibile — che sarà opportunamente illustrato — hanno subito le più significative mutazioni. Ma a parte queste osservazioni fonda-

---

(1) Riassumiamo brevemente la tecnica dell'intervento che ormai praticato su vasta scala non ha mai dato inconvenienti immediati e lontani.

La posizione più adatta per il soggetto è la seguente: l'ammalato deve stare a letto semiseduto col dorso appoggiato a diversi cuscini, ma con la testa fortemente reclinata all'indietro, in modo che la regione anteriore del collo risulti ben esposta. L'ammalato giace completamente abbandonato; l'operatore sta in piedi sulla destra. La regione in cui si esegue la puntura corrisponde, secondo l'anatomia topografica, a quella sottoioidea ed ha per limiti l'osso ioide in alto e in basso l'incisura giugulare e sui lati il margine anteriore dei due muscoli sterno-mastoidei. Se esploriamo questa regione dall'alto in basso, troviamo dapprima l'osso ioide, al di sotto di questo un solco trasversale, cioè la cartilagine tiroide con la sua sporgenza anteriore caratteristica (pomo d'adamo), ancora al di sotto di questa una sporgenza trasversale data dalla cartilagine cricoide e poi la trachea che si perde dietro l'incisura giugulare dello sterno.

Con un piccolo scatto si introduce l'ago innestato alla siringa al margine inferiore, pochi millimetri al di sotto, della cartilagine cricoide, circa cm. 1 della linea mediana in direzione obliqua, leggermente dal basso in alto, dall'interno verso l'esterno, a ridosso del tubo laringo-tracheale. Si attraversa così la cute, che per essere sottile e mobile è bene tener fissa e distesa con la mano sinistra, il tessuto sottocutaneo, più o meno ricco di adipe, l'aponeurosi cervicale superficiale, uno strato muscolare costituito in questa zona dello sterno ioideo e sterno tiroideo con la fascia annessa (aponeurosi cervicale media). L'ultimo strato da attraversare è rappresentato dalla capsula che avvolge la tiroide e che talora presenta una certa resistenza. Così procedendo si cade nel punto in cui l'istmo si continua nei lobi della tiroide e quindi nell'interno di questi.

Prima di iniettare la soluzione è indispensabile, data la ricchezza di vasi della regione, di eseguire un'aspirazione con la siringa per assicurarsi di non trovarsi nel lume di un vaso. Per essere sicuri di infiltrare diffusamente la tiroide si consiglia di ritirare l'ago, e di iniettare ancora nuova soluzione, sempre dopo aver aspirato.

L'operazione si esegue prima da un lato e poi dall'altro e si inietta in media cc. 2-4 di novocaina al 2 %. Il ritmo con cui si praticano le iniezioni di novocaina è regolato a seconda delle condizioni morbose del soggetto trattato e degli effetti ottenuti.

mentali, se è possibile modificare per anestesia il valore della tiroide e sopratutto se è possibile mantenerlo modificato per alcun tempo è chiaro che il metodo dovrà essere accuratamente studiato nel grande campo delle deficenze circolatorie, colle stesse direttive secondo le quali si è inteso di intervenire asportando chirurgicamente la tiroide o distruggendola coi raggi X, applicando questo intervento semplice ed innocuo nel momento e per la durata in cui più occorre attenuare lo sproporzionato *eretismo cardio-tiroideo.*

Noi fin qui non abbiamo fatto che enunciare le moventi e le giustificazioni a studiare e ad applicare questo nuovo grande capitolo dell'*anestesia endocrina,* abbiamo esposto il metodismo e abbiamo accennato a dati sicuramente positivi che ci vengono dalla pratica di essa, mentre siamo al lavoro, come già in parte è stato fatto insieme ai nostri collaboratori, per definire sotto anestetizzazione tiroidea il comportamento dei singoli fattori che nella tiroide trovano un centro determinante o regolatore. Riteniamo che anche all'infuori dell'interesse clinico che in noi dapprima ha suscitato tale metodismo, esso sia suscettibile di perfezionamento e di ampliamento (sopratutto per quanto riguarda la scelta, la sostituzione, la dose, il ritmo d'impiego degli anestetici) mentre è certo in grado di portare speciali contributi per questioni di fisiologia e fisiopatologia generale.

Inaugurata così una nuova via di somministrazione farmacologica, un altro grande campo collaterale di indagine si apre al nostro interesse: il *farmaco-dinamismo a punto d'attacco endotiroideo.* Le prime osservazioni sperimentali più significative riguardano l'*atropinizzazione* della tiroide.

RIASSUNTO.

La rete nervosa endocrina della tiroide è suscettibile di anestetizzazione la quale determina modificazioni del « valore tiroideo » sia intrinseche che riflesse. Queste modificazioni, per le loro caratteristiche e per la loro durata, appaiono sfruttabili nel trattamento del tiroidismo e di manifestazioni morbose che nel ritmo funzionale della tiroide trovano una sorgente del loro potenziamento.

BIBLIOGRAFIA.

GOSIO R. *Sul trattamento delle crisi di ipertiroismo.* Atti del Congr. di Med. Int., ottobre 1938.

ID. *Novocaizzazione intratiroidea in condizioni morbose varie.* Rassegna di Neurologia Vegetativa, aprile 1939.

ID. *Quattro casi di Ipertensione « non renale » trattati con novocaina endotiroidea.* Boll. e Atti della R. Acc. Med., luglio 1939.

ID. *Sette casi di « Angina pectoris » trattati con novocaina endotiroidea.* Boll. e Atti della R. Accad. Med., luglio 1939.

ID. *Indicazioni alla anestesia della tiroide.* Atti Congresso Med. Int., 1939-XVIII.

ID. *Asma climaterio trattato con anestesia della tiroide.* Atti Congresso Med. Int., 1939-XVIII.

ID. *Atropina per via endotiroidea.* Atti Congresso Med. Int. 1939-XVIII.

RIVENDICAZIONI

Precisazioni sul trattamento bismutico nell'appendicite acuta.

Illustrissimo Direttore,

Ho seguito nella « Sezione Pratica » del vostro *Policlinico* le polemiche di diversi autori a proposito del trattamento bismutico nelle appendiciti (dott. A. Sacchetti, 27 febbraio 1939; prof. G. Gucci, 3 aprile 1939; prof. G. Cavina, 18 aprile 1939; dott. G. Aievoli, 14 maggio 1939; prof. E. Graziani, 11 settembre 1939).

Vi sarò grato se vorrete pubblicare, nello stesso periodico, questa mia nota di precisazione sull'argomento.

Innanzi tutto mi permetto una modesta rivendicazione: siccome nessuno dei sopra menzionati autori (salvo uno molto sommessamente) mi cita, preciso che il primo ad avere l'idea di trattare le flogosi acute appendicolari con iniezioni di bismuto (analogamente a quanto vien fatto per le tonsilliti) sono stato io, e ne ho fatto pubblica comunicazione il 17 giugno 1938 alla Società Lombarda di Medicina.

In secondo luogo debbo precisare che il prodotto da me adoperato non è un preparato bismutico comune, ma è una soluzione colloidale del complesso lecitina-bismuto, del tutto simile a quella usata con tanto successo dal Berberich nelle angine.

In ultimo dichiaro che io non ho mai avuto la pretesa di proporre una cura medica dell'appendicite acuta, ma che solo ho proposto un *nuovo trattamento medico nell'appendicite acuta,* intendendo con questo che il medico, oltre ai soliti accorgimenti in simili casi, ha un altro efficace mezzo a sua disposizione per attenuare la flogosi appendicolare. Ed alcuni casi da me riportati erano in tal senso assai dimostrativi.

Se taluni dei sopracitati autori si fossero presi la briga di leggere la mia comunicazione, probabilmente si sarebbero astenuti da tanta polemica e da critiche unilaterali.

Dicevo infatti ad un certo punto della mia

comunicazione:... « non è con questo ch'io voglia trasferire nel campo medico un quesito che è prevalentemente chirurgico; chè anzi, rimango sempre d'avviso che, diagnosticata precocemente, l'intervento tempestivo nelle prime 12-24 ore sia sempre il più razionale nell'appendicite acuta ».

« *Ma è nei casi nei quali, o perchè è trascorso il tempo utile per l'atto operativo, o perchè per altre ragioni questo non è possibile e nei quali si rimane purtroppo pressochè disarmati per interminabili giornate nell'angosciosa attesa del cosidetto « raffreddamento locale », che penso che il trattamento terapeutico da me proposto potrebbe dare non trascurabili vantaggi* ».

Ed ora domando, quale è quel medico pratico che non ricordi circostanze simili a quelle testè menzionate?

Chi non corre con la mente alla possibilità di simili circostanze ad es. per truppe operanti in località montale o naviganti sui mari con piccoli navigli, od operai dislocati in centri lontani e pei quali non è possibile una pronta e vera assistenza chirurgica?

Mi sembrano quindi sagge le parole di uno degli autori sopra citati e cioè quelle del prof. Graziani che « non si dovrebbe essere assolutisti in nessuna direzione »; e ritengo perciò che la mia proposta, come qualunque altra tendente scientificamente ed onestamente a lottare contro i mali, sia lodevole e da prendersi in seria considerazione.

Dott. GIUSEPPE AGOSTONI
Medico primario Ospedale « A Mussolini » Milano

SUNTI E RASSEGNE

MEDICINA DI GUERRA.

Ferite di guerra della faccia.

(CH. RUPPE. *La Presse médic.*, 13 settembre 1939).

Le ferite di guerra della regione mascello-facciale sono di difficile soluzione terapeutica, sopra tutto perchè lo scopo del chirurgo è non solo quello di guarire le ferite, ma anche di ristabilire la forma e la funzione di organi importanti devoluti alla masticazione, fonazione e deglutizione. Per questo c'è un legame stretto fra le ferite e la protesi mascello-facciale.

Le ferite di guerra della faccia provocano spesso accidenti immediati: emorragie, asfissia, disturbi della deglutizione. Di solito si infettano, ma leggermente. Da notare che non c'è da temere la gangrena gassosa.

I proiettili sparati a bruciapelo provocano delle scottature, oltre le ferite.

La palla da fucile dà un foro d'entrata piccolo e quasi sempre un foro d'uscita a campana. La pallottola di schrappnell dà foro di entrata a margini arrotondati, ecchimotici, contusi e va ad insediarsi nel tessuto cellulare lasso e raramente esce. Le schegge di obici sono più lesive e non si prestano a nessuna sistematizzazione.

Le ferite d'arma da fuoco dànno cicatrici irregolari e perdite di sostanza più o meno notevoli e per di più s'accompagnano a lesioni profonde dei mascellari che vanno dalla frattura semplice a quella comminuta.

Le ferite della faccia presentano sempre il pericolo di emorragia, dànno in proporzione del 5 % complicazioni broncopolmonari e nel 20 % bronchite. Le complicazioni broncopolmonari sono facilitate dall'anestesia generale, che si deve evitare per quanto possibile. Bisogna fare la tracheotomia il più raramente possibile. Non bisogna fare la gastrostomia, perchè si può sempre alimentare il malato con mezzi più semplici.

Nelle ferite della faccia non si deve fare la sutura immediata, perchè di regola c'è un'infezione, sia pure lieve. Spesso però possono essere utili le suture di avvicinamento dei margini della ferita.

Nella regolarizzazione dei margini, risparmiare asportazioni il più possibile, perchè anche un piccolo tratto può essere utile.

Le cicatrici retraenti che si hanno spesso consigliano di usare mezzi protesici speciali. Però nessun apparecchio di protesi si applicherà se prima i piani ossei non siano sistemati con protesi (riduzione e contenzione delle fratture e cura delle perdite di sostanza osssea).

Nello sbrigliamento delle ferite ridurre le incisioni chirurgiche al minimo possibile. Per la ricerca dei proiettili le vie di accesso delle

regioni profonde devono essere le ferite stesse.

Per anestesia riutilizzare il più possibile quella locale o locoregionale. Se si deve fare un breve intervento può bastare l'anestesia all'evipan; altrimenti si farà l'anestesia generale colla sonda nasale. Nei gazati l'anestesia generale può dare asfissia e quella locale è dannosa in sito se ci sono lesioni da iprite.

Nei primi giorni si cureranno le complicazioni immediate (emorragie, asfissia) e le lesioni delle parti molli (disinfezione, sutura di avvicinamento) e ci si contenterà di accertare grossolanamente l'esistenza di lesioni ossee e di immobilizzare le fratture con apparecchi di fortuna.

La radiografia è indispensabile.

Dopo il 5° giorno il ferito deve essere affidato allo specialista. La cura varia secondo la sede della lesione.

Le ferite del piano superiore della faccia possono accompagnarsi a lesioni ossee dell'orbita e a lesioni oculari. Quando non ci sono lesioni ossee, le ferite della regione frontale si curano come le ferite di guerra delle parti molli colla sutura primitiva. Le lesioni palpebrali vanno curate con attenzione per evitare ectropion. Se c'è frattura del margine orbitario, si farà l'estrazione prudente delle schegge ossee. Se le lesioni raggiungono le pareti dell'orbita, sono gravi, perchè colà sono in vicinanza i seni e con facilità è colpito anche il bulbo oculare. Più gravi sono le ferite della parete superiore, perchè minacciano la cavità encefalica; per questo, se è leso il seno frontale si farà l'estrazione delle schegge, ma non si raschierà la mucosa.

In quanto alle lesioni oculari, la coroide ha scarsa resistenza all'infezione, le lesioni del nervo ottico e della retina sono irreparabili. L'emorragia intraoculare può non avere gravi conseguenze, mentre ce l'ha certamente l'infezione del bulbo.

Ci sono ferite dell'occhio senza ritenzione di corpo estraneo. Le ferite del solo segmento anteriore richiedono l'amputazione di questo. quelle infette l'exenteratio e quelle con scoppio l'enucleazione. Se esiste un corpo estraneo si faccia una radiografia e l'estrazione coll'elettrocalamita; se le ferita è infetta exenteratio o enucleazione.

Le ferite del piano medio della faccia possono essere mediane, laterali o totali. Le mediane interessano naso e fosse nasali, minacciano quindi l'etmoide o lo sfenoide e possono perciò dare meningoencefalite. Le laterali dànno facilmente emorragie e deformità e possono ledere il seno mascellare.

Le ferite delle guance dànna cicatrici spesse e retraenti; per questo bisognerà guidare la cicatrizzazione.

Le perdite di sostanza ossea del massiccio facciale sono più dominio della protesi che della chirurgia, perchè le plastiche osteo-periostee non riescono. Se la perdita è scarsa, la protesi sarà operculare; se no si farà una protesi con otturatore.

Le ferite del piano inferiore della faccia comprendono il labbro inferiore. il mento, la parte bassa della guancia, il pavimento della bocca e la mandibola. Le ferite del pavimento della bocca possono dare lesioni dell'arteria linguale che può richiedere l'allacciatura della carotide esterna. Le infezioni del pavimento della bocca si propagano verso il collo.

Per le lesioni mandibolari si ridurrà il danno al minimo conservando tutte le schegge aderenti e si fisseranno i lembi di periostio. L'immobilizzazione rapida dei frammenti è indispensabile.

Per quanto riguarda l'evoluzione delle ferite della faccia, se le ferite sono nette come succede per le ferite da armi da taglio, esse guariscono rapidamente, s'infettano raramente e tendono a dare cicatrici spesse. Invece le ferite contuse s'infettano rapidamente e dànno adeniti purulente a distanza; però hanno notevole tendenza alla guarigione e dànno cicatrici fortemente aderenti in piani profondi. Queste cicatrici si rammolliscono dopo molti mesi e solo allora è possibile far interventi plastici. Da queste ferite contuse residuano spesso fistole salivari, fibromi infiammatori, paralisi facciali.

La cura delle ferite della faccia è chirurgica e protetica.

Quella chirurgica comprende la sutura (nei casi di ferite netti e recenti), la disinfezione e regolarizzazione economica (in caso di ferite contuse oppure nette ma che datano da più di 36 ore) con drenaggio delle cavità profonde, come pure l'innesto. Gli innesti, che si faranno sempre in secondo tempo, riescono meglio se si fa un autoinnesto con prelevamento frontale.

Le ferite complesse che dànno distruzione delle labbra o del naso o delle guance o di queste parte più distruzione di ossa richiedono trattamento chirurgico o protetico appropriato e da decidere caso per caso.

In linea generale si può dire che tutte le ferite che modificano la simmetria del volto necessitano correzioni secondarie e che le cicatrici facciali hanno tendenza ad assumere aspetto cheloide. A volte la cura chirurgica dà risultato insufficiente ed è un « nascondi miseria ». Ma è utile ugualmente e non si dovrà mai trascurarlo. L.

GRUPPI SANGUIGNI.

Dati e problemi recenti nello studio dei gruppi sanguigni.

(P. Dahr. *Klin. Wochenschr.*, 2 settembre 1939).

I tentativi di mettere in evidenza rapporti tra i gruppi sanguigni e la disposizione ereditaria ad alcune malattie non hanno dato finora risultati apprezzabili. I risultati possono forse migliorare se si prendono in considerazione anche i sottogruppi A_1 e A_2. Così sembrà dimostrato che esista una disposizione alla

paralisi poliomielitica nei bambini di gruppo sanguigno O e di sottogruppo A_1: questi bambini vanno particolarmente riparati in caso di epidemia.

Importanza pratica ha lo studio dei gruppi sanguigni specialmente per le trasfusioni e per la esclusione di discendenza. Per la trasfusione fatta secondo le note regole ha importanza la questione se ripetute trasfusioni non possano determinare nel ricevente la formazione di agglutinine. Mentre nel coniglio dopo ripetute trasfusioni di eritrociti M o N si formano delle agglutinine anti-M risp. anti-N, nell'uomo non sembra si formino questi anticorpi. Non è invece lecito escludere la possibilità di inconvenienti se nella trasfusione non si tiene conto anche dei sottogruppi A_1 e A_2: è vero che la agglutinina anti-A, presente in alcuni individui A_1 e A_1B, è attiva solo fino alla temperatura di 18-20°, però talora agglutinine « irregolari » agiscono ancora a 25°, nè si può escludere che in singoli casi esse possano agire ancora a temperatura del corpo. A tale riguardo è interessante la comunicazione di Seggel, che constatò che nei 7 casi di disturbi su 2105 trasfusioni fatte dopo scrupolosa determinazione dei gruppi, si trattava esclusivamente di appartenenti ai gruppi A ed AB. È quindi necessario nella pratica delle trasfusioni tener conto anche dei sottogruppi.

Per la esclusione di paternità contestata, la primitiva teoria dei 3 geni è stata ampliata a quella dei 4 geni, tenendo conto della trasmissione ereditaria dei sottogruppi. Secondo tale teoria i 6 fenotipi A_1, A_2, A_1 B, A_2 B, B e O sono dati dai geni A_1, A_2, B e O, dei quali i primi 3 sono dominanti di fronte a O; A_1 è dominante di fronte ad A_2, mentre nessuno di questi due ultimi è dominante di fronte a B. Le ricerche familiari non sono però ancora tanto estese da potersi accettare come regola assoluta questa modalità ereditaria di A_1 e A_2. Recentemente venne riscontrata in alcuni individui una proprietà A particolarmente debole, cui è stato dato il nome A_3: ricerche familiari hanno indicato che A_3 dipende da un gene particolare recessivo di fronte ad A_1 e A_2. Con ciò la teoria dei 4 geni diventa una teoria di 5 geni. Serologicamente A_3 si manifesta, oltre che per la debolezza, anche per la particolarità della agglutinazione: tra gli eritrociti in genere non agglutinati si formano lentamente pochi agglutinati non particolarmente piccoli ma friabili. Praticamente la esistenza di A_3 impone grande cautela nei casi in cui su base di un A debole presente ma non dimostrato, appare dubbia una esclusione di paternità altrimenti probabile: i tribunali sono in questi casi invitati a far rivedere da un altro perito la determinazione dei gruppi sanguigni. La stessa cautela è imposta ai tribunali nei casi in cui la esclusione di paternità si basa sulla mancanza della proprietà N: infatti, come il sistema ABO è stato allargato nel sistema dei 5 geni, così il sistema MN si è allargato a un sistema di 3 geni. Infatti una proprietà N molto debole e difficilmente dimostrabile dipenderebbe da un particolare gene N_2, che verrebbe sopraffatto dal gene N ma non dal gene M. La proprietà N_2 è dimostrabile solo usando sieri immuni altamente attivi: l'uso di sieri concentrati non ha corrisposto alle speranze.

Un problema particolare è quello della « eliminazione » della sostanza specifica del gruppo. Questa non sarebbe solo legata agli eritrociti ma si riscontrerebbe anche nel siero e nelle secrezioni (saliva, sudore). Tra individui di uno stesso gruppo alcuni eliminano la sostanza specifica con le secrezioni, altri no. Questo diverso comportamento è stato attribuito da Schiff ad un paio di geni mendeliani: oggi sembra però dimostrato che sia negli individui del gruppo A che in quelli B, l'A risp. il B della saliva possono essere qualitativamente diversi da quelli degli eritrociti: si tratta non di una semplice eliminazione, ma della formazione della sostanza A o B nelle cellule delle glandole salivari. Se si usano per ciò diversi sieri anti-A o anti-B a diversi momenti o per dimostrare la proprietà sugli eritrociti o sulla saliva, si ottengono risultati incostanti e contradditori.

Altro problema che ancora non è affatto chiarito è l'assenza della proprietà O. Secondo la teoria dei 3 geni la proprietà fenotipica OO non rappresenta nulla di positivo ma solo una proprietà negativa, la mancanza cioè di A e di B. Ma recentemente è stata dimostrata una azione agglutinante sugli eritrociti O da parte di alcuni sieri bovini cui siano state prima tolte le altre agglutinine per mezzo di adsorbimento con corpuscoli rossi umani A_1B: esiste dunque una speciale sostanza di gruppo O.

Altre osservazioni indicano che sia la proprietà M che quella N possono anche essere qualitativamente diverse nei vari individui; e che in vari sieri immuni, possono essere diverse le immuno-agglutinine anti-M ed ant-N.

P.

CENNI BIBLIOGRAFICI[1]

R. Leriche. *Physiologie et Pathologie du Tissu osseux.* Masson et C. editeurs. Paris, 1939, pag. 459, Pr. fr. 100.

L'A. riunisce in un'opera organica, serrata, concettosa le sue lezioni, dette al Collegio di Francia nel 1938, sulla fisiologia normale e patologica del tessuto osseo, inteso come apparato a sè nel collegamento con l'intero organismo per i suoi rapporti biochimici, strutturali e equilibratori del complesso metabolico e delle reazioni funzionali, che regolano l'armonia vitale e la sua sensibilità.

Fucina di questa armonia sono il tessuto osseo e il suo contenuto calcico con il seguire nella loro meccanica fisiologica il ritmo incessante di riparazione del consumo, provocato specialmente dall'attività specifica dell'ormone paratiroideo; attività continua nello svolgimento della vita, nell'opera di ricostruzione, che impedisce l'inevitabile distruzione dell'usura, la « rarefazione » dell'organo.

È un vasto campo di controllo e di indagini, che domina il fattore patologico direttamente e indirettamente, agendo sul più importante fenomeno del biochimismo umano, e che l'A. tratta con l'esuberanza della sua esperienza, della sua attività sperimentale, delle sue personali osservazioni cliniche.

Introduce il lettore nel vasto e profondo argomento con uno studio preliminare di fisiopatologia dell'osso, di illustrazione della sua tessitura e degli elementi che la plasmano e dei fattori che la determinano. In particolar modo si interessa della fissazione del calcio e delle azioni fisiche, chimiche, alimentari e vitaminiche che determinano la struttura dell'organo, per azione diretta e per quella sulla vita organica, fissandone le origini e le vie di conduzione nella loro metamorfosi. Sono tutti elementi che devono concorrere a costituire le condizioni statiche e dinamiche delle funzioni motorie dell'uomo. Si completano le ricerche con la genesi e la struttura del tessuto cartilagineo.

Largamente illustrata è la vita fisiologica e patologica del tessuto osseo, le sue leggi e i suoi disordini. Una parte la più originale, la più importante forse di questo libro ove ogni pagina desta particolare interesse, è quella dedicata alla « osteolisi », fenomeno basale della grande maggioranza delle malattie delle ossa. Tutte le forme patologiche della « rarefazione » sono trattate con il contributo di un ricco materiale sperimentale e clinico tutto personale, non trascurandosi tuttavia l'amplio collegamento con il vasto movimento di ricerche di cui è ricca la letteratura medica su questo particolare capitolo di fisio-patologia.

L'esperienza originale è corredata di numerose riproduzioni fotografiche.

Chiude il voluminoso libro una ricca enumerazione bibliografica di lavori e opere a sostegno documentario dell'ammirevole fatica compiuta con successo dal Leriche, e con la quale egli dichiara troppo modestamente di aver voluto stimolare la curiosità dei suoi ascoltatori, dirigendola a una migliore comprensione della patologia e della clinica dell'apparato osseo. G. Mòglie.

E. Sparn. *Cronologia, diferenciaciòn, matricula y distribuciòn geografica de les sociedades de ciencias médicas.* Un vol. in-8° di 153 pagg. con 3 carte. Tipografia dell'Università, Córdoba, 1938.

Come omaggio al VI Congresso argentino di medicina, tenutosi in Córdoba, è stata offerta questa pubblicazione, in cui sono raccolte molte notizie sulle Società mediche di tutto il mondo, con l'indicazione della cronologia, distribuzione geografica, ecc. Ne sono elencate 1260, di cui la più antica risulta italiana, la R. Accademia di scienze mediche di Palermo, fondata nel 1649; segue, a distanza di oltre mezzo secolo, l'Accad. di med. e chir. di Siviglia (1700) e poi quelle di Madrid (1733) e di Edimburgo (1737). Nell'ultimo quarto del secolo XVII, si fondano altre società in Francia, Svizzera, Stati Uniti ed è soltanto nel secolo XIX che incominciano tali società in Germania.

Le associazioni mediche riuniscono attualmente un totale di 903.000 soci; le 59 italiane ne comprendono 15.369. Alcune di tali Società hanno ricche biblioteche, di cui la più ampia è quella della « Academie de médecine » di Parigi, con 250.000 volumi; in Italia, la più ricca sarebbe quella dell'Accademia medica di Torino, con 70.000 volumi.

La paziente opera dell'A. riesce assai utile per consultazione; essa merita ogni elogio, anche per il faticoso ed indaginoso lavoro che deve aver costituito la base della sua preparazione. *fil.*

P. Stumpf. *Zehn Vorlesungen über Kymographie.* Thieme, pag. 112, fig. 80, M. 8,70.

Le dieci lezioni di Stumpf non rappresentano che un riassunto e un complemento del libro pubblicato nel 1936 sulla röntgenchimografia degli organi interni. Sono state lasciate da parte le questioni critiche e l'A. ha tenuto essenzialmente conto della parte pratica del metodo. Il titolo dei capitoletti lo dimostra: tecnica, risultati della chimografia, esempi pratici di chimografia cardiaca, chimografia dei vasi, diagnosi differenziale delle malattie intratoraciche, chimografia dei movimenti respiratori, dei movimenti gastro-duodenali; dell'apparato urinario. E. Milani.

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA E DIAGNOSTICA

Sulla diagnosi di infarto del miocardio. Valore dei segni clinici ed elettrocardiografici. Sindrome d'infarto senza infarto.

L. Langeron (*Journ. des sciences médic. de Lille*, 17 settembre 1939) ritiene che si esageri un po' nel diagnosticare l'infarto del miocardio, che è una malattia rarissima. Egli pensa che esiste una sindrome clinica ed elettrica di infarto senza infarto e che perciò si deve parlare di guarigione dell'infarto con molta prudenza.

La sindrome clinica dell'infarto è rappresentata dal dolore a tipo anginoso, e dalla cardioplegia o abbassamento brusco della pressione arteriosa (quindi ischemia generale, anuria, cianosi, dispnea), a cui si aggiungono segni secondari meno importanti: sfregamento pericardico, febbre, leucocitosi.

Ci sono delle *forme latenti*, che si scoprono o coll'elettrocardiogramma o coll'autopsia, *forme larvate* (insufficienza del cuore sinistro senza dolori, infarto polmonare) e *forme fruste*.

La *diagnosi* è più facile nella forma tipica. Si distinguerà l'infarto dall'angina pectoris, dalla rottura aortica, dall'embolia polmonare e dalla pericardite acuta.

L'A. riferisce su due casi in cui clinicamente si aveva il quadro dell'infarto mentre l'autopsia dava obliterazione di una coronaria per placca aortica in uno, ateromatosa nell'altro, senza infarto del miocardio.

La sindrome elettrocardiografica dell'infarto è composta di segni caratteristici dell'infarto (abbassamento di ST in basso e modificazioni di T) e segni non caratteristici (alterazioni del complesso QRS, estrasistoli).

Secondo l'A. le acquisizioni elettrocardiografiche non sono molto importanti e possono anche ingannare, per cui è la clinica che deve interpretarli volta per volta. Egli cita due casi personali in cui esisteva la sindrome elettrocardiografica dell'infarto ma all'autopsia l'infarto non c'era. L.

CASISTICA E TERAPIA.

L'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano consecutiva ai traumi cranici chiusi.

L'ipotensione del liquido cefalo-rachidiano oltre ad essere una conseguenza delle perdite di sostanze cranio-cerebrali con fuoriuscita del liquido, può verificarsi altresì nei traumi chiusi del cranio anche senza fratture e nelle semplici contusioni cerebrali.

E. Delannoy e R. Demarez (*Journal de Chirurgie*, 4 aprile 1939), che ne hanno osservati tre casi in meno di due anni, distinguono tre forme di ipotensione del liquor da traumi chiusi: primitiva o acuta, secondaria e tardiva.

La sintomatologia clinica è caratterizzata da intensa cefalea sopra tutto occipitale, vertigini, nausee e vomiti, astenia muscolare e psichica. La forma primitiva o acuta si stabilisce subito dopo il trauma e si manifesta inizialmente con uno stato di agitazione; la forma secondaria si manifesta con lo stesso quadro subito dopo la fase commotiva; mentre la forma tardiva non sarebbe che una forma secondaria passata inavvertita e stabilizzatasi.

La sintomatologia clinica non è caratteristica dell'ipotensione del liquor e perciò la diagnosi merita di essere convalidata dalla determinazione manometrica praticata mediante la puntura lombare. Un segno clinico di un certo valore sarebbe quello di Tinel: i sintomi si attenuano con la posizione supina e si aggravano con la posizione seduta.

Il meccanismo di produzione consisterebbe in una costrizione traumatica dei vasi endocranici con abbassamento della tensione arteriosa intracranica ed inibizione della secrezione del liquido cefalo-rachidiano da parte dei plessi coroidei.

Il trattamento sintomatico consta nel tentativo di ristabilire la massa del liquor indirettamente per la via sanguigna (le iniezioni intracraniche provocherebbero reazioni meningee). Le iniezioni endovenose di siero artificiale (150 cmc. alla volta) aumentando la massa del sangue provocherebbero il versamento di trasudato negli spazi sottoaracnoidei. Partendo dal presupposto che le soluzioni ipotoniche diminuiscono la tensione osmotica del sangue circolante e provocherebbero così un passaggio dell'acqua verso gli spazi subaracnoidei sono state tentate iniezioni endovenose di acqua distillata, ma i risultati non sono stati soddisfacenti. Meglio corrispondono le soluzioni isotoniche o leggermente ipotoniche.

Il trattamento patogenetico o spasmolitico tende ad eccitare la funzione secretoria dei plessi coroidei. A tale scopo giovano le iniezioni di acetilcolina (gr. 0,10) insieme ad yohimbina (gr. 0,01). DR.

Un caso di ernia cerebrale interna traumatica.

È descritto da F. Ody (*Journ. d. pratic.*, 23 settembre 1939).

L'ernia cerebrale interna è la penetrazione anormale di una parte dell'encefalo in uno degli orifici che esistono nell'interno della scatola cranica (mentre sono esterne quelle che si formano per frattura cranica). Mentre l'ernia interna è stata sempre descritta nei tumori, quella dell'A. comparve dopo trauma.

Si trattava di un operaio che, per presenza di fenomeni a focolaio comparsi dopo un trau-

ma, era stato operato di trapanazione cranica. Fu trovato un ematoma della meningea media di sinistra che si era rotta alla base del cranio. Morì cinquantadue ore dopo l'intervento. L'autopsia dimostrò l'esistenza di una ernia cerebrale interna: una porzione dell'emisfero cerebrale sinistro passava sotto la falce e penetrava nell'emisfero destro.

L'A. prende lo spunto da questo caso per trattare ampiamente delle ernie cerebrali interne.

Ci sono tre tipi di ernie cerebrali interne, che si distinguono per il cono di pressione. Il cono di pressione può essere cerebellare, temporale e frontale. Il cerebellare si ha nelle neoplasie del cervelletto, tanto del verme che degli emisferi cerebellari, e dà ernia attraverso il foro occipitale. Ci sono dei casi in cui intervenendo per via atlantoide-occipitale si vede cogli occhi la riduzione dell'ernia.

Il cono di pressione temporale può premere sul foro ovale di Pacchioni o anello di Bichat. Si ha allora un'ernia dell'ippocampo nel foro ovale. È quest'ernia che può dare la morte immediata, come può darla anche l'ernia occipitale.

Il cono di pressione frontale è quello che conduce all'ernia sopracallosa ed è questa l'ernia del caso descritto dall'A. In questo caso l'ernia non era il risultato immediato del trauma, perchè la porzione erniata non presentava nè lacerazione nè emorragie.

Clinicamente l'ernia occipitale dà una sindrome bulbare, quella temporale dà disturbi vasomotori intensi, rigidità nucale, polso raro e respiro di Cheyne-Stokes, mentre l'ernia frontale è quasi muta.

Nel caso descritto il sintoma che predominava era la sonnolenza. L.

Le nevralgie lombo-crurali d'origine colica.

Brulè M., Garban H. (*La Presse Médicale*, 5 luglio 1939) osservano che l'esistenza in certe affezioni del colon di dolori nella regione lombare e ai membri inferiori è un fatto conosciuto da lungo tempo. Esistono in questi ammalati dei punti nevralgici nella regione lombare, glutea, alla radice della coscia, nella regione crurale, all'uscita del funicolo dal canale inguinale, nella faccia interna della coscia, del ginocchio e all'altezza del malleolo. Questi punti nevralgici corrispondono all'emergenza delle branche sensitive del plesso nervoso lombare, e non tutti si trovano nel medesimo ammalato; i più frequenti sono il punto gluteo, femoro-cutaneo, crurale e otturatorio. La manovra di Lésègue è negativa, mentre è positiva la manovra inversa di iperestensione della coscia sul bacino. Questa sindrome nevralgica lombo-crurale si ritrova in certe affezioni organiche del colon, le une acute come l'appendicite e la diverticolite e altre croniche come il cancro del cieco e del colon iliaco e la tubercolosi ileocecale. Ma nell'immensa maggioranza dei casi la sindrome dolorosa lombo-crurale è dovuta a una affezione banale del colon; essa è instabile tanto che una poussée di gas nel colon è sufficiente a provocare l'apparizione dei dolori e una abbondante emissione di gas a farla scomparire. La ragione per la quale le colopatie si accompagnano a nevralgie lombo-crurali si spiega pensando alle intime connessioni anatomiche del colon col plesso nervoso lombare e che tutti i processi infettivi o neoplastici che colpiscono la mucosa del grosso intestino si propagano per via linfatica dal tessuto cellulare, al plesso lombare vicino. Nel caso del cancro l'invasione è lenta e limitata, se si tratta di infezioni i germi invadono rapidamente il tessuto sottoperitoneale e così nell'infezione o nell'intossicazione che si manifesta nelle colopatie funzionali per la stasi fecale. Il riconoscimento di questa sindrome è facile, basta che si pensi ai punti d'emergenza delle branche sensitive del plesso lombare, e se ne esplori la sensibilità; la sua conoscenza presenta un interesse zione che si manifesta nelle colopatie funzionali, i dolori saranno molto meno influenzati da una cura locale che dal trattamento della loro causa, cioè dalla disfunzione intestinale.

BENDANDI.

"Aura" nello shock da cardiazol e auto-osservazione in stato di carenza di ossigeno.

L'azione dello shock da cardiazol in casi di schizofrenia sembra dipendere dalla carenza di ossigeno nel cervello in seguito ad arresto transitorio del respiro. Stati simili agli shock da cardiazol o da insulina si possono ottenere anche facendo respirare i pazienti in camere a ipopressione, quali vengono usate per l'esame della resistenza dei candidati aviatori, alle altezze. P. Netolitzky (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 15 sembre 1939) in una autoosservazione si mise a respirare un miscuglio povero di ossigeno e contenente il 5 % di acido carbonico. Durante i primi atti respiratori si osservò un approfondimento del respiro, un certo pallore e modica eruzione di sudore. Improvvisamente il respiro si arrestò, il polso, piccolissimo, scese a 30 al minuto, le pupille si rivelarono dilatate e rigide: tolta la maschera e iniziata immediatamente la respirazione artificiale si ripristinarono subito la coscienza e la respirazione normale. Questa reazione corrisponde a quella particolare forma di reazione alle grandi altezze che è nota col nome di « collasso precoce »: vi tendono soprattutto individui in età giovanile e di struttura astenica; vi contribuiscono probabilmente anche fattori psichici. I fenomeni soggettivi somatici e psichici avvertiti dall'A. durante la carenza di ossigeno sono molto simili a quelli che precedono il « collasso precoce »: mancanza di critica, debolezza di giudizio, incapacità assoluta di libe-

rarsi da soli dalla pericolosa situazione, euforia. Le impressioni ricordate dall'A. somigliano anche all'« aura » che un suo paziente presentava durante gli shock da cardiazol (0,7 endovena) praticati per guarirlo da uno stato di stupore catatonico. P.

Psicosi ed età critica.

Si dà colpa all'età critica per lo sviluppo di psicosi che si verifichino fra i 30 e i 40 anni e si tende a trascurare in questi casi l'importanza dei fattori morali, che invece contano molto.

Le psicosi osservate nell'età critica sono la malinconia vera e il delirio allucinatorio di persecuzione. La malinconia vera, con o senza delirio, con o senza negativismo, con o senza agitazione ansiosa, è curabile in un gran numero di casi (nel 60 % e anche più). Invece la psicosi allucinatoria sistematica, con o senza idee di grandezza, è costantemente incurabile, ma può presentare curiose remissioni che permettono al malato di vivere in libertà.

Queste due affezioni sono certamente più comuni nella donna, per cui l'espressione « malinconia della menopausa » è di uso corrente. La menopausa si fa passare come causa fondamentale; ma si deve riconoscere un'importanza anche alle cause morali.

Alla fine dell'età matura queste due psicosi hanno una purezza che è eccezionale nell'adolescente.

Le cause morali sono anche la ragione per cui la malinconia guarisce con molta difficoltà, e non si devono trascurare perchè sono la base della psicoterapia. Il malinconico merita anche di essere curato, perchè per lo più è un individuo con alte virtù morali. Gli individui senza scrupoli non diventano mai malinconici.

(*Journ. des pratic.*, 9 settembre 1939).

L.

Cura del prurito e dell'eczema anale con iniezioni locali di olio con pantocaina.

L'eczema anale e il prurito dell'ano possono dipendere da molteplici cause. In tutti i casi è necessario anzitutto identificare e trattare convenientemente la causa etiologica (malattie del ricambio, affezioni intestinali, disturbi ormonici, ecc.). Nonostante ogni tentativo terapeutico, in una percentuale abbastanza rilevante di casi non si riesce però, dice M. Shubert (*Mediz. Welt*, 16 settembre 1939), ad ottenere risultati del tutto soddisfacenti. Per questi casi egli raccomanda di iniettare tutto intorno all'ano una soluzione oleosa anestetizzante (pantocaina basica 0,5, fenolo 0,5, alcool benzilico 10, olio di mandorla 100). In una prima seduta si infiltrano, con 5-6 cmc. di soluzione, i due quadranti superiori circumanali, dopo 2-3 giorni i due quadranti inferiori. La infiltrazione viene eseguita introducendo l'ago a circa 7-8 cm. di distanza dalla apertura anale. Il meccanismo di azione dipenderebbe dalla azione anestetizzante della pantocaina e dalla degenerazione delle fibre e terminazioni nervose sottocutanee per l'azione del fenolo e dell'alcool benzilico. La cura si può fare anche ambulatoriamente. In circa il 50 % dei casi si ottiene una guarigione definitiva. P.

MEDICINA SCIENTIFICA

Fibrinogeno e frazioni proteiche del sangue nell'asma bronchiale.

G. F. Capuani e P. Mazzola (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 25, gennaio 1939) hanno studiato il comportamento delle frazioni proteiche del sangue degli asmatici comparandolo con quello di individui non asmatici. Hanno potuto confermare i risultati, già ottenuti da altri precedenti ricercatori, che dimostrano una diminuzione delle frazioni globuliniche rispetto a quelle albuminiche.

Essi hanno voluto inoltre compiere un'indagine sinora non eseguita e ricercare cioè quale delle frazioni globuliniche era responsabile di tale diminuzione. Hanno potuto constatare che la diminuzione è a carico del fibrinogeno.

Tale risultato è interessante in quantochè spiega alcune caratteristiche dello shock anafilattico come, per esempio, la diminuita coagulabilità del sangue. Se poi si considera che dalla generalità degli studiosi si ritiene che il fibrinogeno venga originato dal fegato si sarebbe indotti da questo fatto a ritenere realmente esistente quella dispragia epatica che molti clinici vogliono mettere a fondamento del terreno costituzionale allergico.

a. p.

VARIA

Il glucosio nell'alimentazione degli sportivi.

Sono note le proprietà dinamogene degli idrati di carbonio, fra cui si è data finora grande preferenza al saccarosio, il quale ha però l'inconveniente di provocare dei disturbi gastrici, specialmente se preso in quantità notevoli. Si è quindi consigliato di sostituirlo con il glucosio, che si può somministrare in quantità di 50-70 grammi, da aggiungere alla alimentazione consueta. Viene consigliato di usare la preparazione seguente. Macerare a freddo per una notte, 25 grammi di tè nero in un litro di acqua; al mattino, filtrare e nel filtrato sciogliere 150 grammi di glucosio, aromatizzando con alcune fette di limone. La bevanda viene sorseggiata durante le gare di lunga durata.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Impiego dei sulfamidici nella cura delle malattie veneree e del tracoma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai prefetti del Regno e al Governatore di Roma, la seguente circolare n. 151 in data 10 nov. 1939-XVIII:

I preparati sulfamidici sono stati ormai largamente sperimentati, con favorevoli risultati, nel trattamento di diverse infermità, particolarmente nella cura delle varie manifestazioni della infezione blenorragica, dell'ulcera venerea, della poroadenite inguinale, del tracoma e sue complicanze.

È interessante rilevare la riduzione della durata della cura che si ottiene con l'impiego di essi, ciò che importa notevoli vantaggi, sia dal punto di vista economico che sociale.

L'uso dei sulfamidici si va estendendo, senza dar luogo ad inconveniente, alle cure ambulatorie, semprechè si osservino le necessarie norme di prudenza ed accortezza, quali la scrupolosa scelta e l'assiduo controllo dei malati.

È pertanto opportuno che tali prodotti entrino a far parte dei presidi terapeutici nell'assistenza ai venerei ed ai tracomatosi, ed al riguardo Vi prego voler disporre che siano inclusi nell'elenco dei medicinali da potersi somministrare negli ambulatori sia Comunali che di altri Enti.

Sarà gradito ricevere cortese assicurazione di adempimento. *Pel Ministro*: BUFFARINI.

Cronaca del movimento corporativo.

L'Istituto di Perugia per gli orfani dei sanitari.

La presidenza del sen. prof. Nicola Pende, succeduto al sen. Simonetta, ha portato l'Istituto di Perugia per gli Orfani dei Sanitari a quel grado d'efficienza che da tempo la classe sanitaria vivamente desiderava. Per la prima volta si sono potute accogliere le domande di ammissione in un numero doppio della media degli anni precedenti.

Il fabbricato attuale è degno di un collegio di orfani di professionisti, l'Istituto non corre più, come una volta, crisi ricorrenti, da cui lo salvavano solamente oblazioni personali di benemeriti. La nuova legge, già in vigore — per la quale la quota che i medici dipendenti dalle pubbliche Amministrazioni debbono rilasciare, che era di L. 60 annue per tutti, è proporzionale allo stipendio — risolve il problema finanziario base dell'Istituto, portando il contributo su un piede di assoluta giustizia.

Anche la sistemazione delle orfane nel Collegio di S. Anna, nella stessa Perugia, è degna di ogni lode

Poche cifre bastano per dare un'idea dei progressi raggiunti nell'assistenza agli orfani di Perugia: negli ultimi 3 anni solo 55 domande potevano essere accettate; oggi esse sono arrivate a 120; le femmine accolte da 30 sono salite a 71.

A quest'opera solerte e illuminata si è dedicato, con entusiasmo di apostolo, Nicola Pende ed a lui deve andare la gratitudine della classe medica italiana.

CONCORSI.

Posti vacanti.

AQUILA. *Ospedale Civico « S. Giuseppe »*. — Primario chirurgo; stip. L 6000; compartecipaz. 60 per cento; età limite 45 a. al 9 ott.; titoli ed esami. Limitazioni all'esercizio profess. Assunz. servizio entro 15 giorni. Scad. ore 18 del 12 dic.

BELLUNO. *R. Prefettura.* Direttore presso il Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stip. L. 15.600; indenn. serv. att. L. 3900. Scad. ore 18 del 15 dic.

ENNA. *Consorzio Prov. Antituberc.* — Direttore della Sez. Dispensariale di Piazza Armerina; titoli ed esami; stip. L. 8500 e 3 quadrienni dec., indenn. serv. att. L. 1500; età limite 40 a. Scad. ore 18 dell'11 dic.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit.; titoli ed esami; stip. L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e 1000, oltre supplem. serv. att. L. 4000; età limite 35 a.; tasse L. 50, 20. Scad. 31 genn. 1940.

TORINO *R. Prefettura.* — Tre posti di direttore di dispensario antivenereo; stipendio L. 2850 oltre c. v.; L. 1500 per il servizio dell'assistente, su attestaz. dell'effettiva assunzione del servizio dell'assistente; scad. 15 dic.

Concorsi a premi.

Per la idrologia italiana

Presso l'Università di Milano è aperto il Concorso ad un Premio annuale « Massimo Piccinini » di L. 2500 destinato ad incoraggiare gli studi e le iniziative nel campo della Idrologia italiana.

Al concorso potranno partecipare i medici italiani, laureati in qualunque Università del Regno.

Le domande di concorso, redatte in carta legale, dovranno essere dirette al Rettore della R. Università di Milano e corredate dal certificato di cittadinanza italiana, dal certificato di iscrizione al P.N.F. o alle Organizzazioni giovanili fasciste, da uno o più studi di argomento medico idrologico o affine (climatologico, talassologico, ecc.), stampati o dattilografati, in triplice copia.

Nel caso che la Commissione non ritenga meritevole nessuno dei concorrenti, essa potrà destinare il premio a cittadini italiani, medici e non medici, che abbiano acquistate speciali benemerenze nel campo della Idrologia italiana. Le domande di concorso dovranno pervenire alla Segreteria non oltre il 15 marzo 1940-XVIII.

Questo Concorso si collega con l'altro di Fondazione Elide Piccinini per la Talassologia Italiana (con particolare riferimento al rimboschimento degli arenili) bandito dal Comune di Rimini (con premio di lire 5000). Rivolgersi per informazioni alla Segreteria del Comune di Rimini.

Per la medicina coloniale

Presso l'Università di Milano è aperto il Concorso ad un Premio annuale « Massimo Piccinini » di L. 2500 destinato ad incorggiare gli stundi e le iniziative nel campo della Medicina coloniale.

Al Concorso potranno partecipare i medici italiani, laureati in qulunque Università del Regno.

Le domande di concorso, redatte in carta ledovranno essere dirette al Rettore della R. Univer-

sità di Milano e corredate dal certificato di cittadinanza italiana, dal certificato di iscrizione al P.N.F. o a Organizzazioni giovanili fasciste, da uno o più studi di argomento medico coloniale stampati o dattilografati in triplice copia.

Nel caso che la Commissione non ritenga meritevole nessuno dei concorrenti, essa potrà destinare il premio a cittadini italiani, medici e non medici, che abbiano acquistate speciali benemerenze nel campo della medicina coloniale. Le domande di Concorso dovranno pervenire alla Segreteria, non oltre il 15 marzo 1940-XVIII.

Questo Concorso si collega ad altro presso l'Università di Roma pure per la Medicina coloniale (pure intitolato alla memoria del prof. Massimo Piccinini) di cui venne già largamente pubblicato il bando (premio di lire 5000) e pel quale le domande di ammissione sono accettate fino al 31 dicembre di ciascun anno.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICIENZE

Il premio Nobel del 1939 per la chimica è stato conferito ai proff. Butenandt dell'Università di Berlino e Ruzicka della Scuola tecnica Superiore Federale di Zurigo, per le loro ricerche sugli ormoni.

Il prof. Francesco Spirito è nominato rettore dell'Università di Siena per il biennio accademico 1939-41.

NOTIZIE DIVERSE

Adunata a Bologna di clinici di tutte le Università.

La gloriosa cattedra di Augusto Murri riprende da oggi, nella nuova monumentale sede dovuta al Regime, la sua funzione di propulsione del pensiero scientifico italiano. Si è insediato in quella cattedra il 28 novembre il prof. **Antonio** Gasbarrini, alla presenza dei Rettori delle Università di Padova e di Bologna, e dei clinici di tutti gli Atenei d'Italia. Egli ha ricordato il grande forlivese G. B. Morgagni, fondatore dell'anatomia patologica, e nel suo nome ha auspicato il completo raggiungimento dell'autarchia morale e materiale nel campo della scienza. In una riunione che è seguita è stato trattato della rinascita della lingua latina, con la quale il celebre anatomico corrispose con tutti i grandi del suo tempo, imponendo il nome della Patria e l'opera sua alla loro ammirazione.

Studiosi italiani in Spagna.

Il prof. Ermanno Mingazzini, incaricato di Urologia nella R. Università di Roma, per invito ufficiale delle Facoltà di Medicina di Barcellona e Madrid e sotto gli auspici dell'I.R.C.E., ha tenuto in queste due città, alcune conferenze sulla Urologia in Italia.

Il conferenziere, presentato a Barcellona, con lusinghiere parole, dal prof. G. Vernet, ricevuto il saluto dal Decano prof. Trueve, ringraziato dell'onore tributatogli, dopo aver inneggiato alla fratellanza italo-spagnola, sorta da un comune idealismo e incrementata dal sangue di tanti valorosi Eroi dell'una e dell'altra Nazione, espose, presente il Console generale Bossi e il Consigliere Pini, i risultati dell'esperienza sia personale che di quella dei più eminenti Colleghi Italiani nei riguardi dei vari problemi scientifici della specialità. A Madrid il Rettore dell'Università inneggiò con magnifiche, calde parole alla grandezza dell'Italia, e all'opera del Duce, che ha innalzato il suo Paese al vertice della politica verso il quale sono diretti oggi gli sguardi di tutto il mondo.

A tutte le conferenze assistettero numerosi professori ordinari delle Facoltà e centinaia e centinaia di studenti.

Sotto gli auspici dell'I.R.C.E. e della Società del Cardinale Albornoz, seguiterà l'interscambio culturale di professori Italiani in Spagna e di Spagnoli in Italia.

Ospedale neuro-psichiatrico dell'Aquila.

Il 28 ottobre venne inaugurato solennemente il « Reparto Neurologico » presso l'Ospedale Psichiatrico di Aquila, deliberato da quella Amministrazione Provinciale dietro proposta del direttore prof. M. Benvenuti. Così si realizza da quella Amministrazione, con modernità e larghezza di vedute, una istituzione degna di essere segnalata, plaudita e imitata. Si tratta di un'opera altamente opportuna ed utile di assistenza da vari anni sempre più sentita dove mancano le Cliniche Neuro-psichiatriche Universitarie e reparti o turni ospedalieri specializzati per accogliere i malati nervosi non mentali o con lievi disturbi psichici non competenti di ricovero manicomiale.

Con questa istituzione si è fatto un buon passo verso la, forse non lontana, realizzazione dei reparti aperti negli Ospedali Psichiatrici, e di ciò va data ampia lode sia al prof. Benvenuti sia all'Amministrazione Provinciale di Aquila.

La sessione 1937 degli esami di Stato.

Per l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo si presentarono 2200 candidati, di cui 2030 furono riconosciuti idonei. Fra le 10 sedi di esame, maggiormente prescelta fu Padova (con 297 canditati, 284 idonei); seguono Pisa (292 candidati, 262 idonei), Catania (265 cand., 252 idonei) ecc.; ed in ultimo Sassari (93 cand., 85 idonei). Fra le università di provenienza che presentarono il maggior numero di candidati Napoli è al primo posto (317 cand., 276 idonei), seguita a brevissima distanza da Bologna (307 cand., 280 idonei) e poi da Roma (270 cand., 258 idonei); notevole che tutti i 104 candidati provenienti da Torino furono dichiarati idonei. Nella sessione 1937, come nelle precedenti, si presentarono agli esami per l'abilitazione alla professione di medico-chirurgo un numero di candidati uguale al totale dei candidati per tutte le altre professioni.

"Centrali del sangue" in Svezia.

In Svezia sono state costituite nove centrali del sangue per la raccolta del sangue in caso di guerra in servizio dell'esercito. Secondo un nuovo metodo il sangue verrebbe trasportato in comuni sifoni per l'acqua di seltz naturalmente sterilizzati e provvisti di due tubicini di metallo. Com'è noto, il sangue conservato per la trasfusione presenta vantaggi e non è esente da inconvenienti.

Azioni giudiziarie.

A Boumemouth (Inghilterra) si è svolta, il 5 ottobre, un'istruttoria giudiziaria, nei riguardi di un medico e di un farmacista: il primo aveva ordinata oralmente della percàina al 2 %, destinata a produrre un'anestesia locale in donna artritica; egli però aveva inteso riferirsi alla procaina, che è una decina di volte meno tossica; e, credendo trattarsi della seconda sostanza, procedette ad iniezioni ipodermiche di circa 12 cc. della soluzione, intorno alla spalla dolorante della malata, che, dopo 5 minuti, cominciò a sentirsi molto male, poi cadde in convulsioni ed entro una mezz'ora decedeva, con sintomi di edema polmonare e di collasso cardiaco. Il medico riconobbe di essersi sbagliato. Quanto al farmacista, egli non avrebbe dovuto eseguire l'ordinazione senza ricetta, poichè la percaina è veleno « di primo grado » e perciò si richiedeva la ricetta scritta, con registrazione; la legge per altro prevede la somministrazione d'urgenza fatta direttamente al medico. Egli ebbe cura di etichettare con chiarezza e precisione la boccetta. Il giudice istruttore ha incolpato medico e farmacista di negligenza; ma ha escluso che questa fosse criminosa ed ha pronunziato sentenza di assoluzione. Per evitare il ripetersi di simili tragedie, il « Lancet » del 28 ottobre propone di cambiare il nome di « percaina » in quello di « nupercaina », usato negli Stati Uniti.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia con decreto dell'11 settembre si è istituito un Comitato consultivo sanitario per la difesa passiva.

La Regina Elisabetta del Belgio va eseguendo varie visite alle formazioni sanitarie dell'Esercito ed agli ospedali civili. È stata nominata dottore *honoris causa* dell'Università di Montpellier.

Il Ministero di sanità pubblica del Belgio ha stabilito che, per contribuire alla difesa contro la blenorragia durante l'attuale periodo di guerra, la cura degli indigenti colpiti dalla malattia sia assunta dallo Stato. Cliniche, ambulatori, dispensari e medici specialisti presteranno la loro opera; lo Stato corrisponderà loro, ogni trimestre, tre franchi per ogni visita, oltre alle spese dei medicinali. (Quanto alla sifilide, nel Belgio esiste già una difesa efficace).

Nell'affondamento del « Royal Oak » trovò la morte il sottotenente medico Herbert J. Cornelius, che si era diplomato nel giugno scorso all'Università di Londra.

A Parigi esisteva un centro di trasfusione sanguigna nell'Ospedale di Sant'Antonio; ora se n'è istituito un altro, a Blois. Ivi si è pure creato un centro di ossigenoterapia, a cura del dottor Le Mée, oto-rino-laringologo dell'ospedale americano.

Il prof. Pittaluga ha fatto una comunicazione all'Accademia di chirurgia di Parigi, sulla pratica della trasfusione sanguigna negli eserciti spagnoli durante la guerra civile. Il sangue conservato ha corrisposto benissimo. L'oratore ha descritto la tecnica per l'allestimento. Conviene che il sangue sia portato a 38° C. L'oratore preconizza la trasfusione di piccole quantità di sangue ripetute: si evitano così molto meglio gli accidenti da trasfusione.

La Croce Rossa Britannica e l'Ordine di San Giovanni di Gerusalemme hanno fuso la loro attività, come praticarono nel 1914.

L'Ospedale civile di Strasburgo si è trasferito in una località non precisata della Dordogna, mantenendo tutti i suoi servizi.

Un po' dovunque.

In Germania durante il 1938 si produssero 12 episodi di avvelenamenti da carni insaccate, con 194 casi; nel 1937 si ebbero 3 di tali episodi, con 49 casi. Ciò segna una forte diminuzione sugli anni precedenti: nel 1936 gli episodi epidemici erano stati 36, con 507 malati.

Nel 1938 la Germania contava 941 istituzioni contro la tubercolosi.

Un corso complementare d'igiene per aspiranti alla carriera sanitaria si terrà nell'Istituto d'Igiene dell'Università di Bari, dall'11 marzo all'11 maggio; tassa L. 400; modalità consuete.

I membri della Lega danese contro il cancro hanno diritto, qualora dovessero ammalare di cancro, di essere curati gratuitamente — compresa la radioterapia — nei tre istituti oncologici della Danimarca, i quali hanno sede a Copenaghen, Aarhus e Odense e dispongono complessivamente di oltre 250 letti.

L'Istituto universitario di metereologia e geofisica di Francoforte ha iniziato un'inchiesta sulla sensibilità verso il tempo. (Per comunicazioni: Universitäts Institut für Meteorologie und Geophysik, Feldbergstrasse 47, Frankfurt a. M., Germania)

Si è adunata a Madrid la giunta generale dell'« Associazione di scrittori medici ». Ne è data notizia in « Sem. Med. Españ. », 4 nov. 1939.

Una legge contro il nudismo, approvata dal Parlamento dell'Ohio (Stati Uniti), vieta ogni nudità, reale o rappresentata, in presenza di due o più persone. Per tal modo le scuole di plastica e le accademie di belle arti non possono più valersi di modelli; diviene impossibile l'insegnamento dell'anatomia; un malato non può essere visitato da più di un medico. Si presume che il Parlamento modificherà la legge; ovvero che questa non verrà fatta osservare alla lettera.

Sir Williams Bragg, presidente della « Royal Society » di Londra, ha lanciato un appello per la raccolta di fondi destinati all'ambulanza anglo-francese, della quale egli è presidente. Il personale dell'ambulanza verrà reclutato tra gl'inglesi residenti in Francia.

Il « Lancet » era stato temporaneamente portato da Londra nel territorio ed aveva ridotto la mole e il contenuto; poi ha ripreso il tipo normale. Considerando le difficoltà economiche di molti medici, i proprietari del periodico hanno ridotto il prezzo d'abbonamento alla metà circa (una ghinea invece di due sterline e due scellini) per i medici in servizio militare o in servizio comandato.

Le poste francesi hanno emesso un francobollo col motto « Pour sauver la race », il valore in più di quello per l'affrancazione andrà a beneficio dell'« organizzazione per la lotta contro le malattie veneree », presso il Ministero di sanità; esso ha per compito la propaganda.

Il dott. Giancarlo Ballareti ha pubblicato, nella « Cronaca Prealpina » del 9 agosto, un articolo « In tema di responsabilità professionale », traendone lo spunto da un caso già da noi riferito (riguardante una encefalografia eseguita dopo iniezione di aria nello speco vertebrale: morte a 12 ore di distanza; il chirurgo operatore è stato ripetutamente assolto, attraverso tre giudizi, e la parte agente condannata alle spese, liquidae in oltre 13.000 lire).

Il numero degli alienati assistiti durante il 1938 nelle case di cura del Regno è stato di 67 mila 140 maschi e 55.936 femmine. Di questi infermi erano 1° genn. 1938 50.453 m. e 42.566 f., mentre al 1° genn. 1939 erano presenti 51.394 m. e 43.422 f., cioè si registra un aumento di 1.797 unità al 1 genn. 1939.

A Stoccolma l'Ospedale Carolina provvede alla costruzione di una città ospedaliera. Dopo ultimato il primo lotto di lavori, saranno disponibili 1500 nuovi posti-letto. Nel sottosuolo granitico vengono scavati locali per la difesa antiaerea, capaci di resistere a qualunque attacco; vi troverà posto un ospedale sussidiario. Sull'edifizio principale sarà un solario con 215 metri di fronte. L'intero progetto prevede la spesa di 40 milioni di corone svedesi.

A Lima, con l'intervento del presidente della Repubblica, generale Oscar R. Benavides, è stata collocata la prima pietra del nuovo Istituto del cancro, nella avenida Alfonso Ugarte. Esso avrà per scopo principale la lotta pratica contro il cancro.

In Francia, con decreto del 19 ottobre, è stato creato, presso il Ministero di educazione nazionale, un « Centro nazionale di ricerca scientifica », per promuovere, facilitare e coordinare la ricerca scientifica; è diviso in 2 sezioni: scienza pura e scienza applicata. Inoltre, presso il ministero è istituito un « Alto Comitato della ricerca scientifica », con scopi consultivi.

In seguito all'affluenza di rifugiati in certe regioni della Francia, il ministro della sanità pubblica ha incaricato della riorganizzazione dei servizi parecchi sanitari: F. Bezançon per la tubercolosi, Roussy per il cancro, Couvelaire per la maternità, Nobécourt e Lesné per l'infanzia, Lévy-Bing per le malattie veneree, Dujarric de la Rivière per l'igiene pubblica, daranno al ministro la loro cooperazione tecnica.

Il Comitato centrale per il benessere dei minatori dell'Inghilterra ha accertato che il 50 % delle assenze dal lavoro si deve al reumatismo; perciò ha suggerito di fondare una clinica *ad hoc*. Essa sorgerà ad Horden e sarà a disposizione di 8000 minatori e delle loro famiglie; potrà curare 400 malati in media a settimana. La spesa, prevista in 3400 sterline (340.000 lire circa), sarà sostenuta per metà dai minatori.

In Svizzera la « Casa tedesca » di Agra e l'« Istituto di cura tedesco » di Wolfgang-Davos comportano le stesse facilitazioni di pagamento di cui già demmo notizia nei riguardi del Sanatorio tedesco di Davos-Dorf.

La « Casa tedesca » di Agra (istituto per suore dipendente dall'istituto di cura tedesca di Wolfgang-Davos) ha celebrato il suo 25° anniversario.

Il periodico « Upsala Läkareförenings Förhandlinger » ha dedicato al fisiologo prof. Gustavo Federico Göthlin, un fascicolo recante i nn. 1-4 del vol. 45, pubblicato il 31 ottobre 1939; esso contiene 31 lavori originali, in lingue tedesca e inglese; consta di 418 pagine e di numerose tavole intercalate nel testo.

Durante un episodio epidemico di psittacosi, prodottosi a Buenos Aires, il dott. Rubinstein è rimasto contagiato nel prestare l'assistenza ai malati ed è deceduto malgrado le cure dei colleghi.

Il consiglio municipale di Londra ha pubblicato le statistiche dei ricoverati nei manicomi, dalle quali si rileva che, dalla dichiarazione di guerra ad oggi, fatto 100 il numero dei ricoverati, nel corrispondente periodo del 1938 furono 62. Nella relazione che accompagna le statistiche si attribuisce tale aumento alla tensione nervosa in cui vive la popolazione dall'inizio della guerra.

Il prof. H. C. Soya-Aranyo, dell'Accademia brasiliana di medicina, vice-presidente della Commissione leprologica internazionale, ha fondato presso l'Accademia predetta due premi, da 2000 dollari ciascuno: un premio « Kadrowsky » per il migliore lavoro di batteriologia sulla lebbra ed un premio Lieras Acosta per il miglior lavoro sull'immunologia della lebbra.

FELIX LEGUEU

(Angers 1863 - Parigi 1939)

Scompare con LEGUEU una delle figure più note dell'Urologia non solo francese, ma anche internazionale.

Elegante nel fisico, nei modi, distinto, corretto nel pensiero e nell'azione, Legueu poteva sembrare talora un superbo ad un superficiale; invece chi lo conosceva intimamente, lo stimava quasi un timido. Era la sua sagoma e non poteva cambiarla. Ma quando si trattava di convincersi di nuove scoperte, di vagliare nuove idee, di provare metodi originali, il suo entusiasmo lo infiammava tutto, anzi qualche volta l'amore che portava alle idee che prediligeva, fece velo alla sua critica. Di qui discussioni ed esagerazioni, ma che servirono a ricondurre attraverso pareri diversi e contrari, al loro giusto punto, il nucleo dell'argomento in questione. E proprio in questo si può giudicare l'uomo: quando Legueu riconobbe incerte od errate le sue affermazioni, non esitò a correggerle e a modificarle. Ancora nell'ultimo Congresso della Società Belga di Urologia, dichiarò che a proposito dell'anuria calcolosa, si era espresso in una forma che era troppo bella per esser sempre vera!

Anche Marion, nella sua lezione inaugurale, parlando — naturalmente — del suo predecessore, Legueu, dichiarò che non sarebbe stato creduto sincero se, insieme con i pregi, non avesse parlato anche dei suoi difetti. Ma i difetti null'altro erano se non l'esagerazione di alcuni suoi pregi particolari.

Legueu era un oratore di classe, e aveva raffinato la sua arte oratoria seguendo dei corsi di declamazione. Tutti coloro che l'ascoltavano rimanevano sedotti dalla sua eloquenza calda ed imaginifica, e perfino quelli che comprendevano male il francese, perchè stranieri, arrivavano a cogliere il senso dell'idea, tanto era grande la chiarezza dell'espressione. E difatti questa era l'impressione che faceva: io stesso, che lo sentii parlare a Vienna nel 1936, all'ultimo Congresso della Società di Urologia, sentii condivisa universalmente questa opinione.

La fama di Legueu gli veniva dalla sua posizione di direttore della Clinica delle malattie delle vie urinarie di Parigi, essendo succeduto nel 1912 ad Albarran dopo Guyon, il fondatore dell'insegnamento e dei quali era stato collaboratore e scolaro.

Per 20 anni dunque, dal 1913 al 1933, Legueu fu il titolare della cattedra e seppe riorganizzare un servizio un po' trascurato a causa della malattia del predecessore: la prova più luminosa e più semplice ne siano le cifre delle consultazioni che da 12.000 nel 1912 salirono a più di 90.000 negli ultimi anni.

Infiniti sono stati gli stranieri che hanno frequentato il Necker; molti, quasi tutti gli Italiani, che egli prediligeva, e che si sono dedicati alla specialità.

A proposito dell'opera scientifica non vi è capitolo dell'Urologia che non sia stato studiato da Lui e dai suoi collaboratori, che ebbe il merito di scegliersi tra i migliori. Si può dire anzi che sia stato sempre alla testa del movimento scientifico, che con lo studio delle nuove tecniche, tende ad accrescere la precisione della diagnosi, e a favorire i progressi della terapia urologica.

Sono oltre 100, i suoi lavori in Urologia che testimoniano di questa sua attività.

Oltre il suo trattato, a lui si debbono gli « Archives urologiques de la Clinique di Necker »; la « Clinique urologique de Necker », la fondazione della Associazione francese di Urologia. Titoli questi che gli varranno una sede immortale nella costellazione degli Urologi.

ERMANNO MINGAZZINI.

È deceduto a Firenze il tenente generale medico dott. LUIGI MAURI, uno dei pochissimi superstiti della battaglia d'Adua. Recatosi volontario in Africa, dette prove di eroismo durante quelle infauste giornate; venne gravemente ferito da un colpo d'ascia, ma gli fu risparmiata la vita; Menelik lo fece internare in Addis Abeba e poi lo fece rilasciare.

Il MAURI continuò a servire la Patria quale medico militare risalendo la carriera fino ai fastigi. Partecipò alla campagna libica ed alla guerra mondiale. M. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA

Rad. med., ag. — ANZILOTTI. L'ileite regionale. — NICOTRA. La familiarità dell'anemia mediterranea.

Ped. med. prat., giugno. — POLAZZO. Stenosi cong. del piloro. — MOTTINO. Allattam. e mestruazioni.

Med. sport., giugno. — MARGARIA. Utilizzazione dei glucidi nel lavoro muscolare. — SANGIORGI. Pubertà ed educaz. fisica.

Deut. med Wochens., 11 ag. — SCHILLING. Vaccinazione contro la malaria.

Klin. Wochens. — WOLFERS e KUSKA. Ricerche strutturali sulla coagulazione del sangue. — POLI. L'equilibrio degli elettroliti nell'infiammazione sierosa.

Journ. med. Lyon, 5 ag. — DUFOURT. Le tub. fibrose del bambino consecutive all'infez. primaria.

L. Blatt. f. inn. Med., 12 ag. — THADDEN. Sintomi precoci di disturbi endocrini.

Giorn. med. mil., luglio. — CIGNOLINI. La marconiterapia negli assideramenti e ipotermie traumatiche. — MILANI. Sopravvivenza dei germi nella cute.

Min. med., 11 ag. — LUBIANI. Diagnosi rad. differenz. dell'iperemia passiva e dell'edema del polm.

Paris méd., 12 ag. — CROSNIER. Le adenopatie e la forma leucocit. nella rosolia.

J. am. med. as., 25 luglio. — HERBST. La tub. Studi sulla vitamina K. — POLLÀK e A. JOEL. Metodi moderni di esame dello sperma.

Krux. méd., 13 ag. — GOUGEROT. Immunizzazazioni cutanee nell'eczema.

Presse méd., 12 ag. — MOURIQUAND ed al. Enteropatie da carenza. — LETULLE e DUTTER. Diagnosi biologica della pertosse.

Ccalpel, 12 ag. — LE FEVRE DE ARRIC. I prodotti sulfamidici nelle meningiti.

J. sc. méd. Lille, 13 ag. — FLAMENT. Nanismo renale con litiasi urinaria.

Lancet, 12 ag. — A. RYLE. Neurosi viscerali.

Med. Welt., 12 ag. — ROHRSCHNEIDER. La cecità, cause e profilassi.

Bull. méd., 12 ag. — TERRIEN. Ipertensione generale e disturbi oculari.

British med. j., 12 ag. — BARCROFT. La conservazione degli alimenti dal punto di vista dell'economia nazionale. — GRAHAM e KERR. I tipi comuni di ipersensibilità e loro trattam.

Marseille méd., 15 giugno e 5 lug. — Numeri dedicati alla dermato-venereologia.

Rif. med., 12 ag. — GIANNONI. Colecistite acuta tifica primitiva.

Gaz. hôp., 9 ag. — BABONNEISE e HOUZEL. Emiatrofia facciale progress. in un ragazzo.

Acta med. scand., ag. — CABARE. Importanza del fattore pituitario nelle discromie cutanee. — ASCHER. Resistenza e immunità nella tub. — ALWAIL. La terapia jodica nell'ipertonia e arterioscl.

J. am. med. ass., 5 ag. — GUNDRY. Intossicazione da bromuri. — BOOTHERY ed al. Indicazione per l'uso dell'ossigeno.

Wiener Klin. Wochs., 18 ag. — HASLINGER. Il cinquantennio della cistoscopia. — RISAK. Il sistema pilifero dell'uomo nel suo significato clinico.

Am. j. med. sciences, ag. — WOLDMAN e POLAN. L'allumino colloidale nell'ulcera peptica. — HAMBLETON e CHRISTIANSON. Scelta della tecnica per la prova di sedimentazione. — BAUER. Rapporti fra corea e infez. reumatica.

Arch. it. studi neurops, encef., epiles., genn.-marzo. — Num. monograf. sull'encefalite.

Arch. arg. neurolog., n. 5-6. — Num. monogr. sull'encefalogramma.

Rass. int. clin. ter., ag. — MAGRI. Suppurazioni e gangrene polm.

Klin. Wochens., 19 ag. — HAUSBERGER e al. Rapporti fra vitamina C nel sangue e ricambio febbrile. — ANTHONY e BROGLIE. La limitazione dei movimenti diaframmatici.

Presse méd., 16 ag. — DUMAS. La malattia ipertensiva. Nuove concezioni.

Prensa med. arg. — OROSCO. Importanza delle infez. focali nell'allergizzazione.

An. fac. med. Montevid. nn. 4-6. — CAIMI. Semeiologia e clinica dei versamenti intraperitoneali. — PIAGGIO BIANCO. Il vaccino tifico per via endovenosa.

Am. j. obst.-gyn., ag. — STRAUSS. Tossiemia della gravidanza. — PAGE ed al. Fisiologia dell'ipertensione nell'eclampsia. — GALLOWNY e PAUL. Trattamento dell'aborto precoce.

Indice alfabetico per materie.

Amministraz. sanitaria . . . . *Pag.* 2121
Appendicite acuta: trattam. bismutico » 2107
Asma bronchiale: ricerche sul sangue » 2118
Bibliografia . . . . » 2113
Blenorragia: trattamento con i preparati sulfamido-piridinici . . . . . » 2087
Cronaca del movimento corporativo . » 2121
Cuore: infarto e sindrome d'infarto . » 2114
Ferite di guerra della faccia . . . . . » 2108
Gruppi sanguigni: dati e problemi recenti . . . . » 2111
LEGUEU F. . . . . » 2127
Nevralgie lombo-crurali d'origine colica . . . . *Pag.* 2117
Prurito ed eczemi anali: infiltrazione anestetizzante . . . . » 2118
Psicosi ed età critica . . . . » 2118
Shock da cardiazol . . . . » 2117
Sportivi: glucosio nell'alimentazione . » 2118
Tiroide: anestesia . . . . » 2102
Traumi cranici chiusi: ipotensione del liquido c. - r. . . . . » 2114
Traumi cranici: ernia cerebrale interna . . . . » 2114

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 11 Dicembre 1939 - XVIII Num. 50

"IL POLICLINICO"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

Per l'anno 1940.

Ai Medici Italiani,

Il medico oggi, qualunque sia il campo nel quale egli svolge la sua attività, anche se specialistica, deve aggiornare e consolidare sempre più le nozioni fondamentali di medicina e di chirurgia generale.

La mentalità medico-chirurgica si va sempre più avvicinando e ingranando. Oggi il pensiero medico è continuamente polarizzato a soluzioni chirurgiche e l'attività del chirurgo è animata da mentalità medico-biologica.

Oggi il medico vede nella chirurgia l'ausilio frequente a problemi che sembravano strettamente inerenti alla medicina interna e persino vi sono medici che si fanno chirurghi (nel campo della chirurgia toracica e della neurochirurgia si contano brillanti esempi).

D'altra parte, l'alta coltura e la mentalità scientifico-biologica del chirurgo moderno fanno di lui un medico che cura chirurgicamente. D'onde la necessità per ogni medico di ravvivare sempre più la propria coltura generale e di seguire l'evoluzione e il progresso della medicina interna e della chirurgia generale e di avere a disposizione giornali che lo informino sinteticamente degli infiniti problemi generici e specialistici, nonchè medici politico-sociali e dei grandi progressi attuali nel campo della medicina curativa e preventiva.

"Il Policlinico" *nelle sue tre sezioni* medica, chirurgica e pratica *è l'unico giornale Italiano che da solo mette il medico in condizione di poter corrispondere ai molteplici obbietti indicati. E ogni sforzo sarà fatto perchè le due sezioni medica e chirurgica comprendano i migliori contributi d'indole eminentemente scientifico-pratica e di natura clinica, mentre la sezione pratica, aperta alla collaborazione di tutti, cercherà di essere sempre più largamente eclettricamente aggiornata e sopratutto utile al medico pratico, che ha bisogno di nozioni brevi, selezionate, esposte in guisa da consentire dirette deduzioni e applicazioni.*

"Il Policlinico" *in questa ora per tutti di raccolto e severo lavoro a servizio del nostro Paese, farà il più e il meglio che può per corrispondere al fine di un sempre maggiore potenziamento intellettuale della classe medica italiana.*

LA REDAZIONE

PREZZI D'ABBONAMENTO ANNUO AL « POLICLINICO » PER IL 1940

Singoli:	Italia	Estero	Cumulativi:	Italia	Estero
(1) ALLA SOLA SEZIONE PRATICA (settimanale)	L. 70 —	L. 115	(2) ALLE DUE SEZIONI (pratica e medica) . .	L. 110	L. 165
(1-*a*) ALLA SOLA SEZIONE MEDICA (mensile) . .	L. 55 —	L. 65	(3) ALLE TRE SEZIONI (pratica e chirurgica)	L. 110	L. 165
(1-*b*) ALLA SOLA SEZIONE CHIRURGICA (mensile)	L. 55 —	L. 65	(4) ALLE TRE SEZIONI (prat., med. e chirur.)	L. 140	L. 196

Un numero separato della SEZIONE MEDICA o della CHIRURGICA L 6; della PRATICA L. 4,00

☛ L'importo del.'abbonamento, che può essere inviato con Vaglia Postale o Chèque Bancario, può anche essere versato, ***senza tassa,*** nel Conto Corrente Postale N. 1/5945 dell'editore L. Pozzi, Roma. Se dovuto riscuotere contro Tratta Postale dell'Amministrazione, questa comporta l'aumento di L. **5.**

SOMMARIO.

Note e contributi: V. Palumbo: Tumori maligni sottoposti a terapia irradiante radio-attiva.
Osservazioni cliniche: M. Moraldi: Volvolo di tutto il tenue in portatore di mesenterio comune.
Sunti e rassegne: ORGANI RESPIRATORI: H. Weber: L'enfisema polmonare diffuso dei vecchi. — F. A. Willius: La dispnea funzionale. — F. Dumarest e P. Lagare: Le indicazioni attuali della frenicectomia. — PROBLEMI NUOVI: H. Strugolo: Azione biologica dell'altezza dal punto di vista dell'aeronautica.
Cenni bibliografici.
I Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia: XLVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.
Appunti per il medico pratico: CASISTICA E TERAPIA: Le affezioni croniche della cistifellea ed il loro trattamento. — Chirurgia della cistifellea. — Quel che occorre sapere della vitamina P-P. — L'inalazione di ossigeno assoluto. — MEDICINA PREVENTIVA: Sopra i nuovi metodi di lotta contro il tetano. Siero-vaccinazione. Siero-anatossiterapia. Prevenzione per mezzo delle soluzioni di antitossina tetanica. — MEDICINA SCIENTIFICA: Ricerche sul contenuto in B, del sangue col test biologico sul fungo Phycomyces Blakeslezanus. — VARIA. — FORMULARIO: Nei sudori dei tisici.
Nella vita professionale: Amministrazione sanitaria. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.
Notizie diverse.
Necrologio: In morte del prof. Lionello Lenaz.
Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

ISTITUTO RADIOTERAPICO ITALIANO - FIRENZE

Tumori maligni sottoposti a terapia irradiante radio-attiva.

Prof. V. PALUMBO.

CASISTICA CLINICA

M. Giuseppe di anni 40, coniugato, impiegato, da Roma.

Paziente immune da precedenti morbosi familiari e personali.

I primi sintomi dell'attuale malattia si iniziarono spontaneamente nel 1930 con dolori all'anca e al ginocchio di destra, senso di trafitture, difficoltà nella deambulazione.



FIG. 1.

Curato come artritico non ebbe alcun vantaggio.

Peggiorando le condizioni venne sottoposto nella primavera del 1936 (sei anni dopo l'inizio della malattia) ad un esame radiografico che dimostrò una tipica lesione osteo-clastica a carico della metà destra del bacino, specialmente dell'ischio e del pube.

Sottoposto a quattro cicli di irradiazioni Roentgen (non abbiamo dati precisi sulla tecnica eseguita), non ne ebbe vantaggio: contemporaneamente cominciarono a peggiorare le condizioni generali per sopraggiunta nefrite in seguito ad un processo infiammatorio tonsillare.

Ricoverato in Istituto il 23 febbraio 1937 presentava una tumefazione del volume di un grosso pugno alla regione inguinale destra, di consistenza piuttosto dura, fissa profondamente, a forma ovalare, interessante anche la regione sopra-pubica.

La deambulazione era possibile con difficoltà e solo con l'appoggio su due bastoni.

Il Paziente accusava disturbi a carico della minzione: l'esame delle orine dimostrò il 0,40 % di albumina con presenza di cilindri jalini e globuli rossi nel sedimento.

L'esame radiografico del bacino mise in evidenza una vasta lesione distruttiva a carico dell'ischio, del pube e di parte dell'ilio destro, con estensione anche alla branca ischio-pubica sinistra (vedi fig. 1).

L'esame cromocitometrico del sangue diede:

G. R.	4.020.000
G. B.	4.900
Hb.	64

Formula leucocitaria:

Polinucleati neutrofili	54 %
» eosinofili	6 %
» basofili	2 %
Linfociti	31 %
Forme di passaggio	6 %

Reazione di Wassermann: negativa.

Lo stato della sanguificazione ci indusse ad iniziare senz'altro un ciclo di irradiazioni U.V. generali emesse da lampade a carboni secondo il sistema originale Finsen, e terapia medica ricostituente a base di calcio-arsenico-manganese. Venne modificata la dieta abituale del Paziente arricchendola di vitamine, sostanze proteiche, zucchero.

Appena consentito dalle migliorate condizioni generali, siamo intervenuti con due cicli di irradiazioni profonde ultrapenetranti a campi concentrici, frazionando il più possibile la dose totale nel tempo, in modo da non nuocere al miglioramento ottenuto: complessivamente sono stati somministrati 7920 R. Int. a 50 cm. di distanza F. Pelle.

Il Paziente potè lasciare l'Istituto il 10 maggio successivo aumentato di peso di 4 Kg. e in condizioni da poter deambulare anche senza l'ausilio dei bastoni.

Non si riscontravano più nè albumina nè elementi renali nelle orine.

Fusa completamente la massa eteroplastica inguinale.

L'ultima conta dei globuli dava: G. R. 4.115.000, G. B. 9400, Hb. 59.

Il Paziente è ritornato in Istituto per una visita di controllo il 23 dicembre 1937: aumentato in totale di peso di 14 Kg., deambulazione normale, minzione regolare.

All'esame locale: libere entrambe le regioni inguino-crurali e inguinali profonde.

All'esame radiografico del bacino, rilevabile un marcato processo di ricalcificazione delle zone osteo-clastiche e sacralizzazione della quinta lombare.

Rivisto nel marzo del 1938 in ottime condizioni generali senza accusare più alcun dolore: deambulazione normale.

Un nuovo controllo radiografico dimostra un ulteriore progresso nel processo di ricalcificazione (vedi fig. 2).



FIG. 2.

Si tiene il Paziente in osservazione e fin'oggi si sono avute costantemente buone notizie.

Il risultato terapeutico ottenuto in questo caso era veramente insperabile sia per la vasta distruzione ossea che per la durata della malattia e il trattamento radioterapico tentato in antecedenza e senza alcun vantaggio.

P. Emma di anni 39, coniugata, da Pistoia. Entra in Istituto il 18 ottobre 1938.

Paziente immune da precedenti morbosi, affetta da due mesi da cardiopalmo, senso di oppressione toracica con difficoltà della inspirazione, disturbi alla deglutizione ed accessi notturni di tosse secca.

Il collo è andato progressivamente aumentando di volume determinando una compressione notevole sul circolo venoso: la Paziente presentava al mattino edema alla faccia che scompariva poi durante la giornata. Un lieve esoftalmo contribuiva a dare così a prima vista l'impressione di un quadro classico Basedowico.

Dimagrata notevolmente.

Reazione di Wassermann, ricerca del bacillo di Koch nell'escreato, esame cromocitometrico del sangue, esame delle urine: nulla di patologico.

All'esame radiologico del torace nella proiezione sagittale p. a l'immagine cardio vascolare scompare in una vasta ombra compatta, di densità notevole, a contorni netti che dalle regioni claveari scende in basso pressochè rettilinea. Tale ombra in alto appare prodotta da una massa omogenea posta a livello del manubrio sternale;

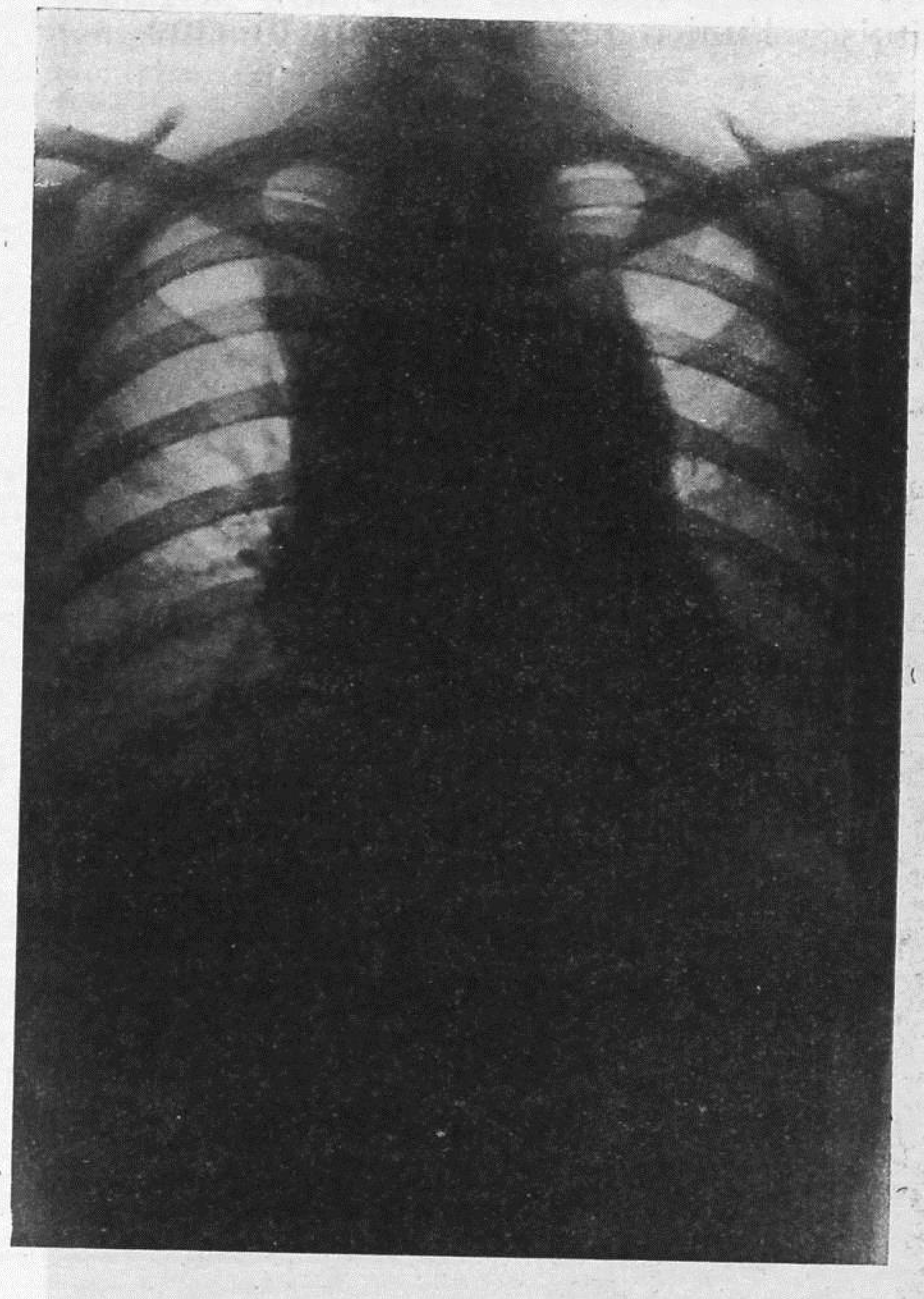


FIG. 3.

essa nella proiezione obliqua a latero laterale, opaca tutto lo spazio retro-sternale ed aortico, e riduce quello retro-cardiaco (vedi fig. 3).

L'esame scopico non ha messo in evidenza alterazioni nella funzionalità cardiaca e diaframmatica. I campi polmonari e gli apici si rischiarano secondo la norma nell'inspirazione e sotto i colpi di tosse.

La terapia è stata praticata mediante irradiazioni miste Roentgen-Radium attraverso la regione sternale anteriormente e la regione interscapolare posteriormente. (In totale 1950 R. Int. a 50 cm. F. Pelle e 450 Mc. d. a 7 cm. F. Pelle).

Al termine del trattamento la Paziente non accusava più alcun disturbo, era in ottime condizioni generali e con aspetto del tutto normale.

Rivista in perfetta salute il 22 dicembre 1938. Un'esame radiografico di controllo mette in evidenza solo modico rinforzo degli ili e della trama polmonare. (Vedi fig. 4).

Gli apici si presentano chiari e si rischiarano bene sotto i colpi di tosse. Le basi si espandono regolarmente. Nelle proiezioni obliqua e latero laterale, gli spazi retro-sternale e aortico e retrocardiaco appaiono liberi.

Risulta che la Paziente è in perfetto benessere.

Il rapido regredire e la fusione completa della massa eteroplastica mediastinica sotto l'azione dei raggi depongono per una forma connettivale del tipo più radio-sensibile. Esclusa la possibilità di qualsiasi intervento chirurgico in casi del genere, la terapia irradiante costituisce l'unico mezzo possibile di cura.

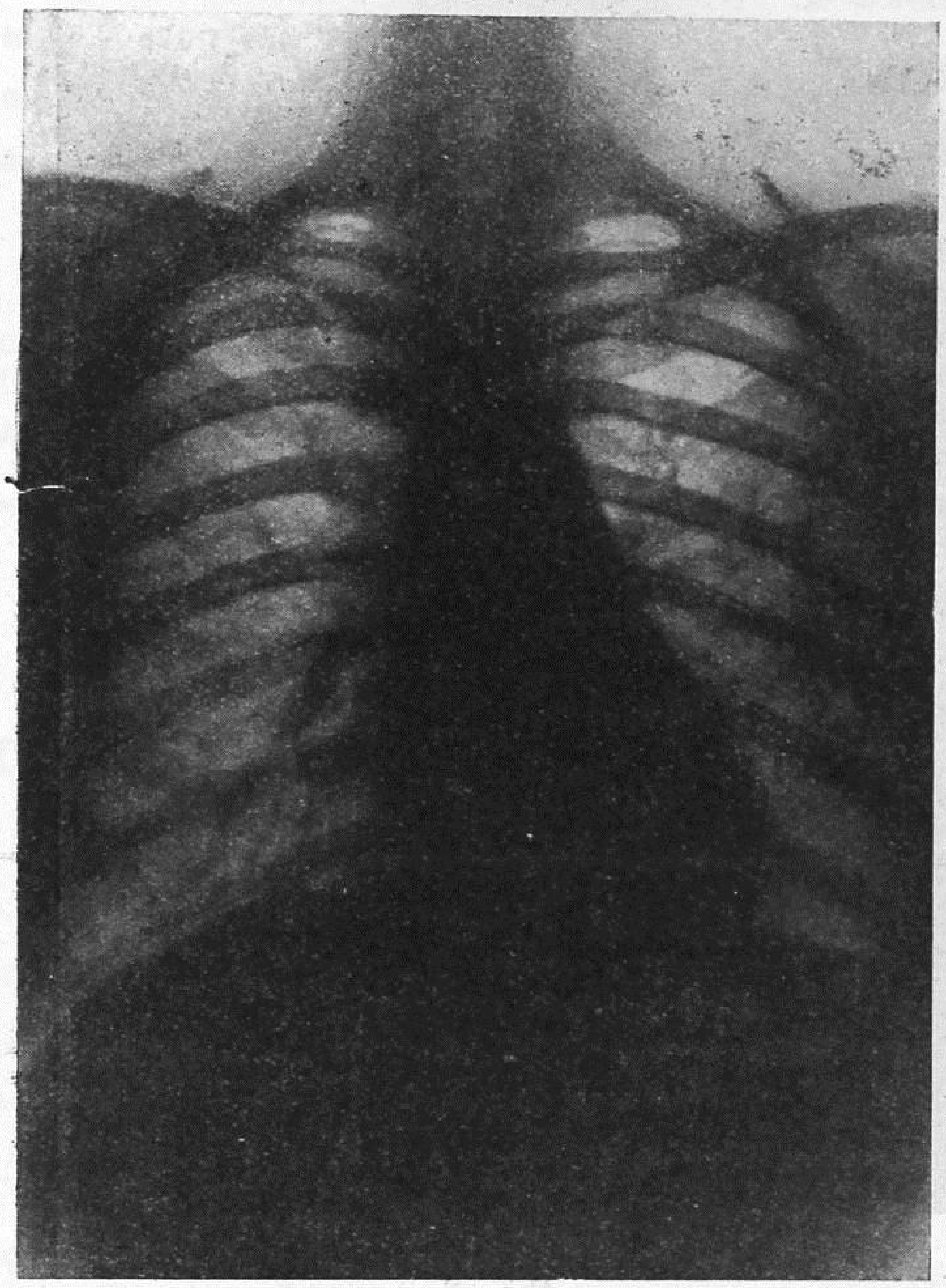


FIG. 4.

T. Pilade, di anni 60, coniugato, impiegato, da Arezzo.

Entrato in Istituto il 25 novembre 1936. Anamnesi remota e recente, familiare e personale: negativa.

Nell'aprile si iniziarono i disturbi a carico della deglutizione che divenne in seguito sempre più difficile. Soppravvenuta un'ematemesi, venne sottoposto ad esame radiografico che dimostrò una forma tipicamente ulcerativa, stenosante dell'esofago al terzo superiore con massa mediastinica evidente.

In seguito ad una seconda emorragia, più grave della prima, venne ricoverato in Istituto in condizioni generali oltremodo scadenti, anemizzato, astenizzato, in stato febbrile. All'esame clinico, gruppo di linfonodi alla regione sopraclaveare destra con caratteri tipicamente eteroplastici. Un nuovo esame radiografico mise in evidenza oltre la grave forma ulcerativa esofagea, una massa neoplastica mediastinica (fig. 5).

Esame cromocitometrico del sangue: lieve leucocitosi con emoglobina scarsa, formula pressochè normale.

Wassermann negativo; orine normali.

Esame laringoscopico: paralisi della corda vocale destra.

Rifiutata dal Paziente la esofagoscopia proposta dal prof. Torrigiani, non è stato possibile l'accertamento istologico del caso.

La terapia irradiante è stata praticata dal 25 novembre 1936 all'8 gennaio 1937 in due cicli.

Sono stati somministrati col Roentgen 2500 R. Int. sulle regioni sternali e para-sternali e 2000 R. Int. sulla regione infra-scapolare a 50 cm. di distanza F. Pelle.

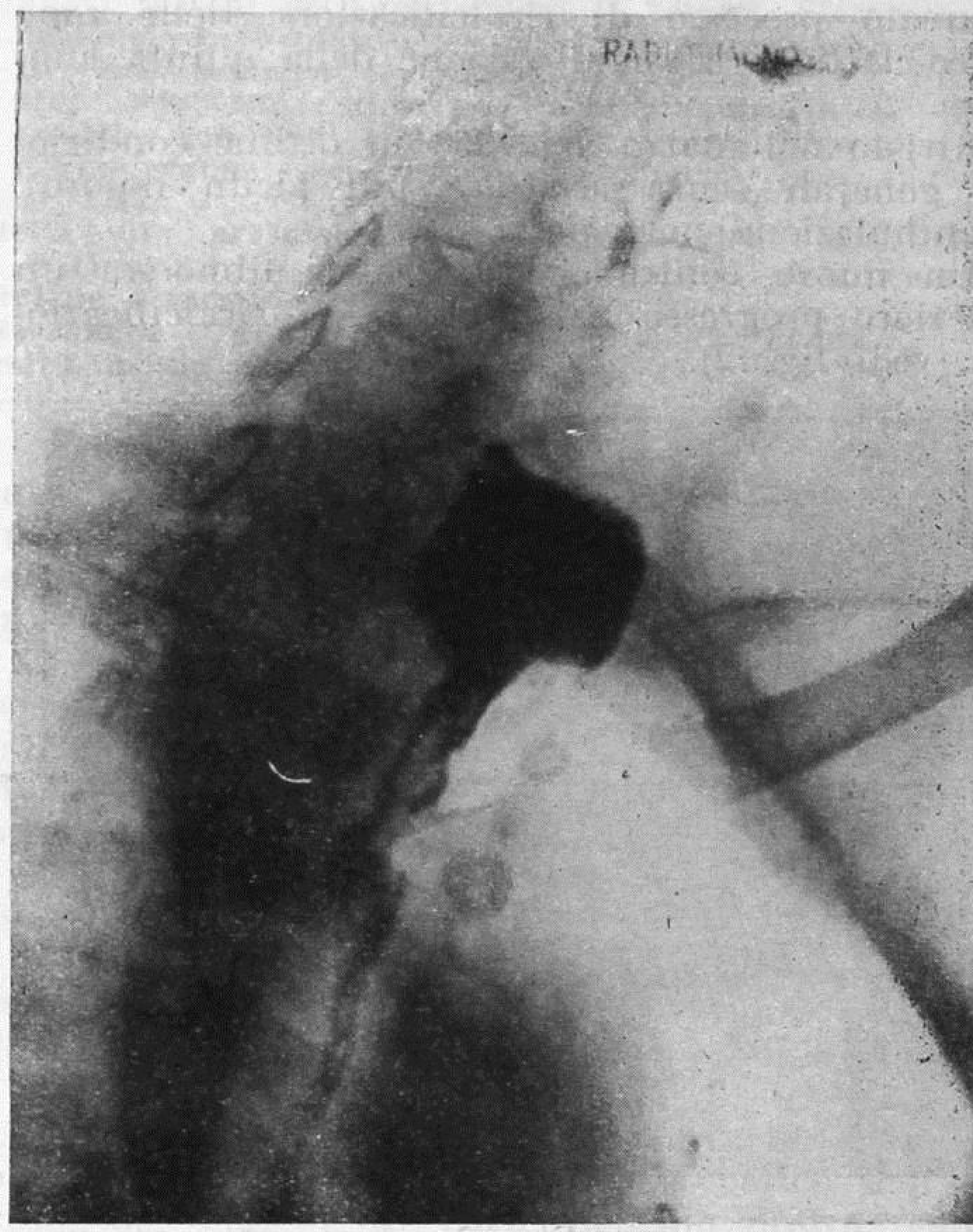


FIG. 5.

La Tele-Curie-Terapia è stata praticata contemporaneamente mediante irradiazione gamma a distanza su tre campi: sono stati complessivamente somministrati 747 Mc. d. (pari a 33.600 mg. ora) dei quali 270 sulla regione sternale, 234 sulla regione intra-scapolare e 243 sulla regione sopra-claveare destra.

Il Paziente venne dimesso il 10 gennaio 1937 in condizioni locali e generali del tutto soddisfacenti: scomparsa la febbre, non più astenizzato e con buona sanguificazione, era in condizione di poter deglutire qualsiasi cibo.

Al controllo radiologico l'esofago si presentava normale (v. fig. 6): nessun'ombra mediastinica, fusione completa dei linfonodi sopra-claveari.

Ai primi di aprile aumentato di peso di 6 Kg. il Paziente accudiva alle sue ordinarie occupazioni in pieno benessere: ha potuto continuare la sua vita normale per circa 18 mesi. Morto per sopravvenuta metastasi al fegato il 2 luglio 1938.

Il caso non è dei più comuni sia per la sua sintomatologia clinica che per il suo decorso.

La mancanza dell'esame microscopico ci tiene ancora in dubbio sulla intrinseca struttura istologica dell'eteroplasia esofagea e non crediamo azzardata l'ipotesi della possibilità di una forma sarcomatosa in considerazione della fusione completa ottenuta dei linfonodi sopra-claveari e della massa mediastinica radiologicamente accertata.

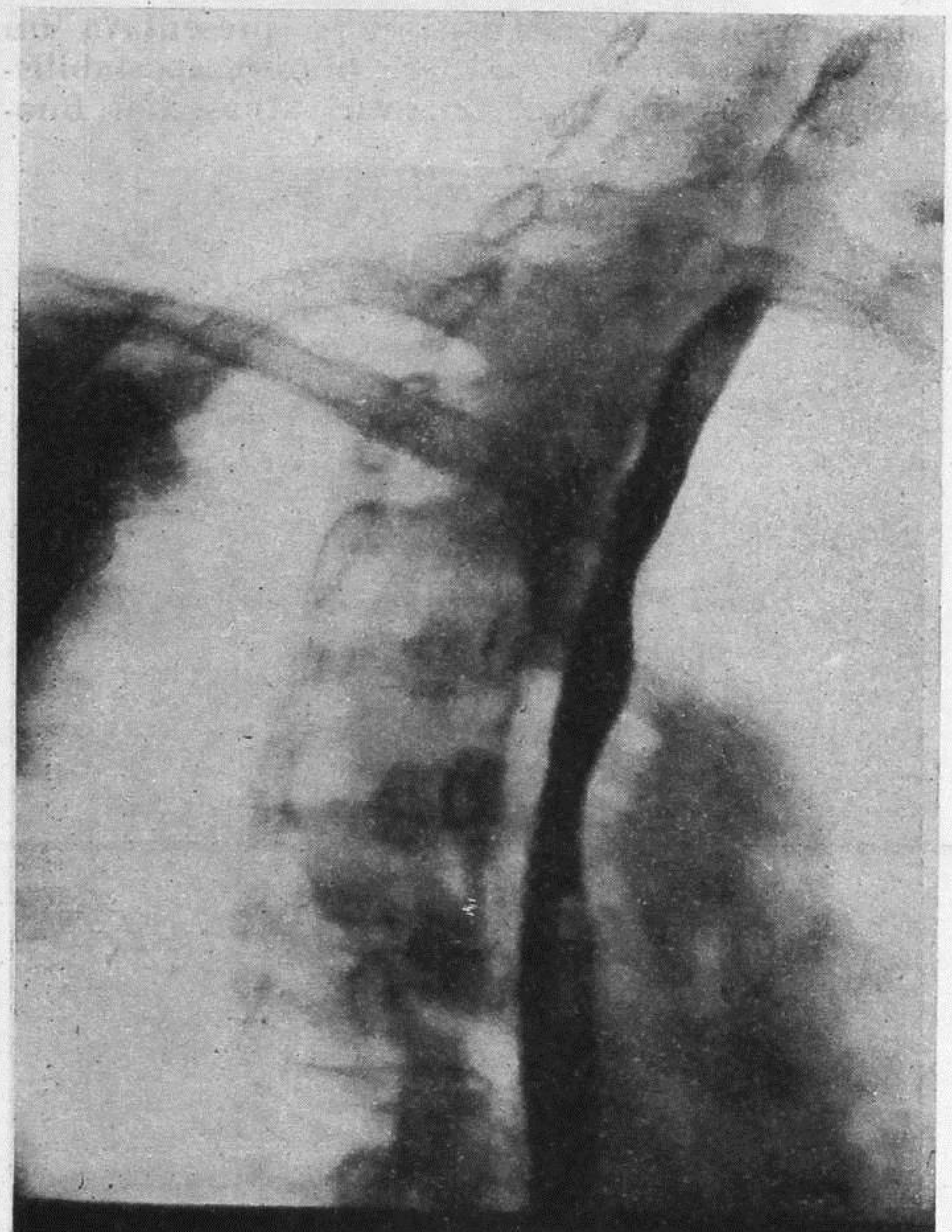


Fig. 6.

La cicatrizzazione dell'ulcerazione esofagea si sarebbe viceversa potuta ottenere lo stesso anche trattandosi di forma epiteliale.

Il periodo della sopravvivenza in seguito al trattamento non è dei più comuni nel carcinoma esofageo giacchè, tranne rare eccezioni, questi pazienti hanno in media una sopravvivenza di circa 6 mesi.

G. Giorgina di a. 45, da Poggio di Parfagnana. Entrata in Istituto il 29 dicembre 1934. Operata nel giugno del 1934 di asportazione della mammella destra per carcinoma. Consigliata dal chirurgo che l'aveva operata e dal fratello medico di sottoporsi ad un ciclo di irradiazioni Roentgen, sia per il suo benessere fisico che per le personali occupazioni, non vi si sottopose.

Nel novembre dello stesso anno la Paziente venne rioperata di asportazione di un nodulo neoplastico manifestatosi sulla cicatrice operatoria. Solo dopo questo intervento si decise ad entrare in Istituto.

All'esame del torace era rilevabile un grosso nodo linfatico al cavo ascellare di destra. Nulla alla regione sopra-claveare. Esame clinico generale negativo. Il radiogramma dimostra pleurite a tipo cotennoso alla base di destra e sclerosi apicale omonima (vedi fig. 7).

La cura è stata praticata con 2 irradiazioni Roentgen, delle quali una sull'emitorace destro tangenzialmente sulla regione comprendente la cicatrice, ed una direttamente sul cavo ascellare,

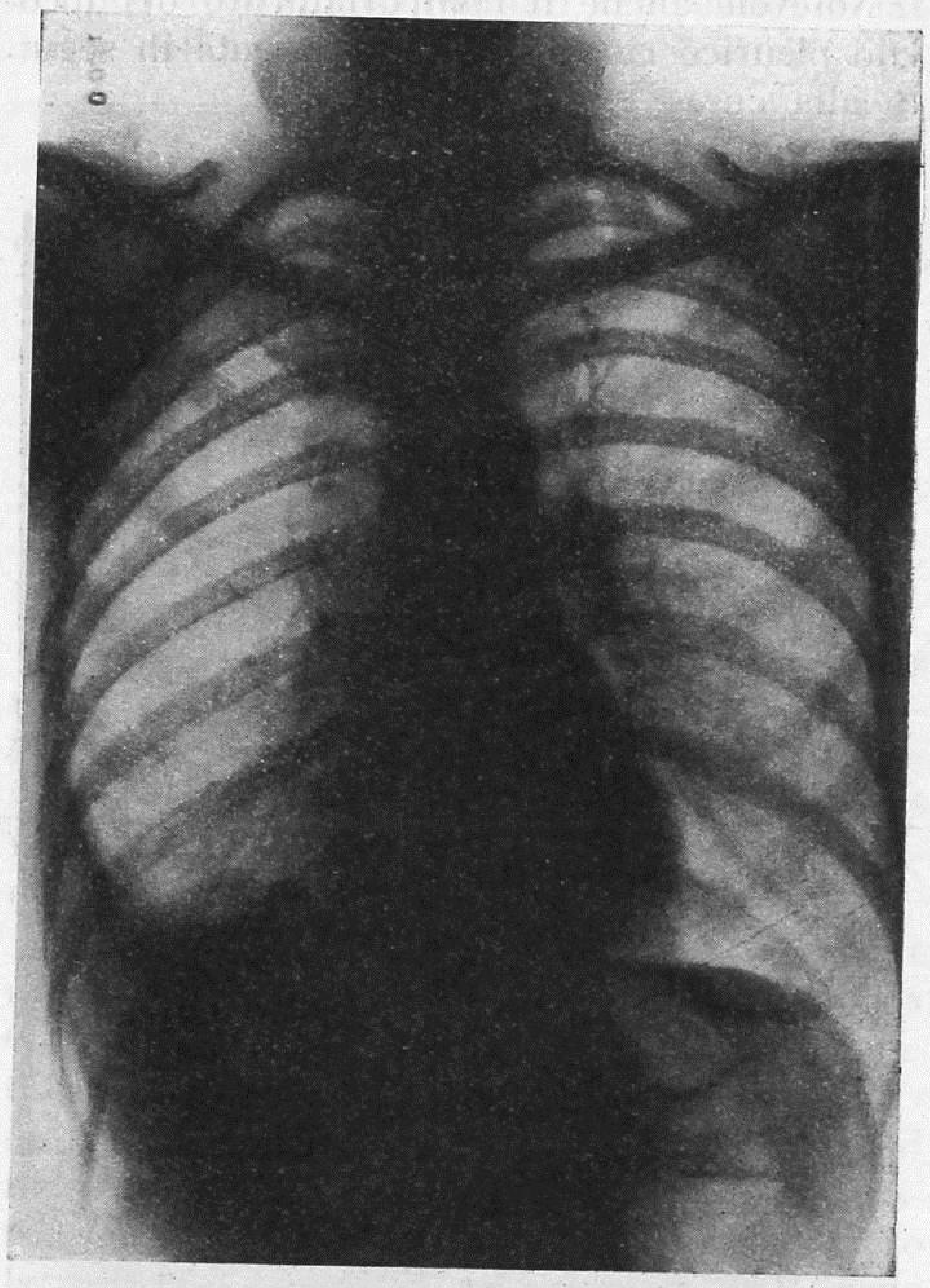


Fig. 7.

somministrando il 120 % della H.E.D. a 50 cm. apparecchio modellato sull'emitorace e sulla re- di distanza; e con Tele-Curie-Terapia mediante gione sopra-claveare destra: in tutto 873 Mc. d., pari a 37.200 mg. ora.

Un processo infiammatorio influenzale alla base destra, sopravvenuto al termine della cura, è stato felicemente superato dalla Paziente.

Alla fine del maggio 1935 una visita di controllo fece constatare le ottime condizione locali e generali: fusione completa del linfonodo ascellare. Esame radiografico del torace: negativo (vedi fig 8).

La Paziente è tutt'ora in completo benessere.

Il risultato ottenuto in questo caso con la terapia irradiante è dei più favorevoli se si considera specialmente la recidiva dell'eteroplasia ai linfonodi ascellari e la sua fusione completa da più di 1 anni.

Naturalmente per tutti, ma in modo particolare per i radioterapisti, si pone il dilemma sulla opportunità o meno dell'irradiazione complementare negli interventi chirurgici per carcinoma mammario: pratica che per la maggior parte degli AA. che si interessano dell'argomento, è oggi da ritenersi più che utile necessaria.

Notevole anche il comportamento del focolaio pleurico risoltosi completamente in seguito alla cura.

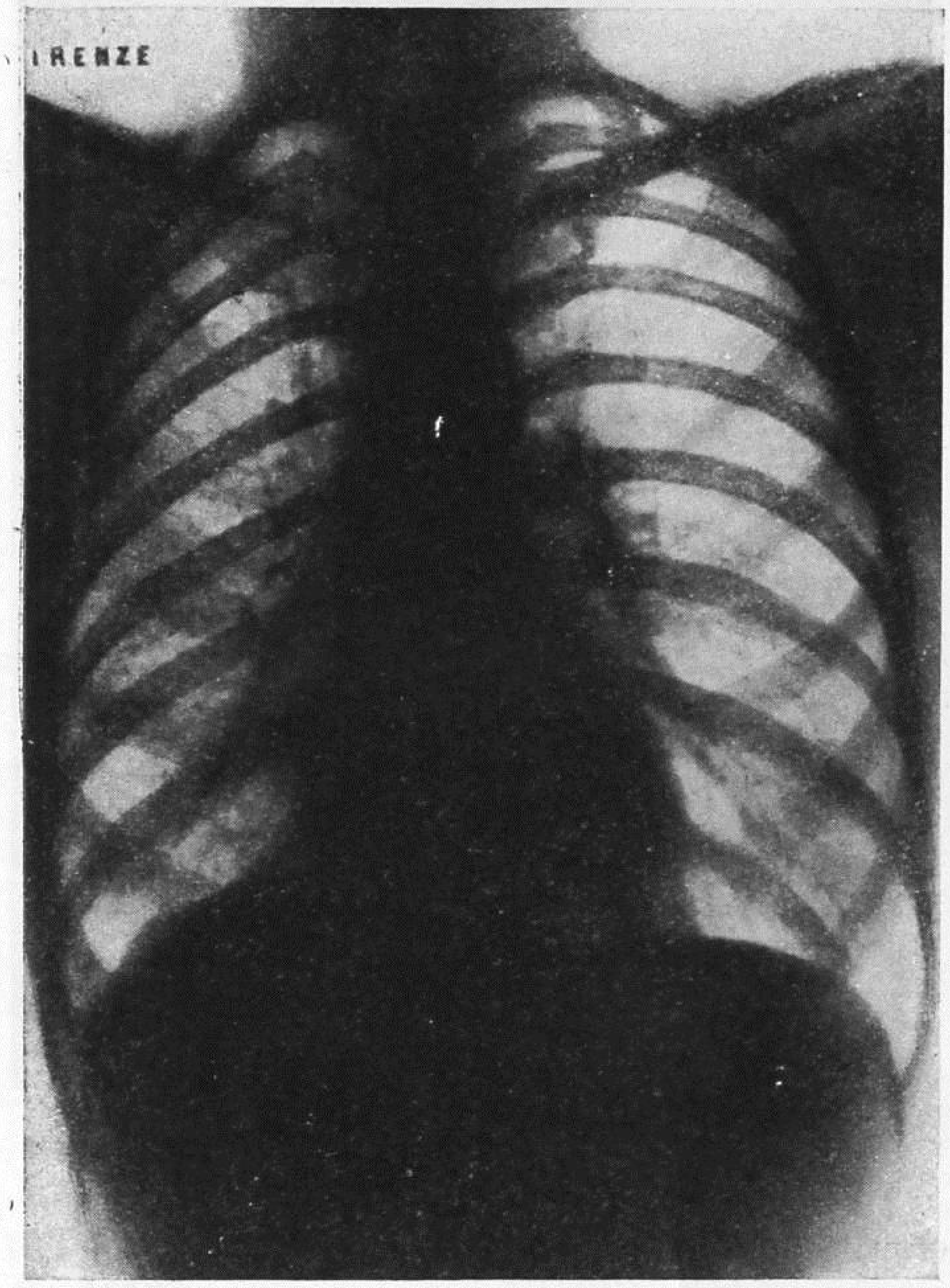


FIG. 8.

S. Elvira di anni 57, coniugata, da Pisa.

Eteroplasia tipo scirro della mammella destra, con linfonodi al cavo ascellare omonimo e versamento pleurico a destra (fig. 9).

Nulla a carico degli altri organi, buona la sanguificazione, negativo l'esame delle orine.

Estratti due litri di liquido fortemente emorragico (essudato), l'esame radiografico dimostrò tralci fibrosi tra i due foglietti pleurici al di sopra del livello del liquido asportato, libero lo spazio retro-cardiaco.

Sconsigliato l'intervento chirurgico venne in Istituto praticata terapia Roentgen-Radium dal 30 settembre al 21 novembre 1936.

Somministrati complessivamente 3460 R. Int. e 270 Mc. d. con apparecchio modellato sulla regione mammaria.

Durante tale periodo si dovette intervenire tre volte con la toracentesi per il riformarsi del liquido, sempre emorragico.

Alla fine della cura la Paziente era in condizioni generali migliori e senza alcun disturbo locale: notevole regressione del tumore mammario e dei linfonodi ascellari.

All'esame cromocitometrico del sangue: leucopenia (3000 G. B.).

Radiogramma toracico: nessuna lesione parenchimale, aderenza pleuro-diaframmatica destra, libero lo spazio retro-cardiaco, non liquido (vedi fig. 10).

La Paziente cinque mesi dopo presentava un nodulo mammario a carattere fibroso, spostabilissimo: piccoli linfonodi sclerotici all'ascella. Buona la sanguificazione, ottime le condizioni generali.

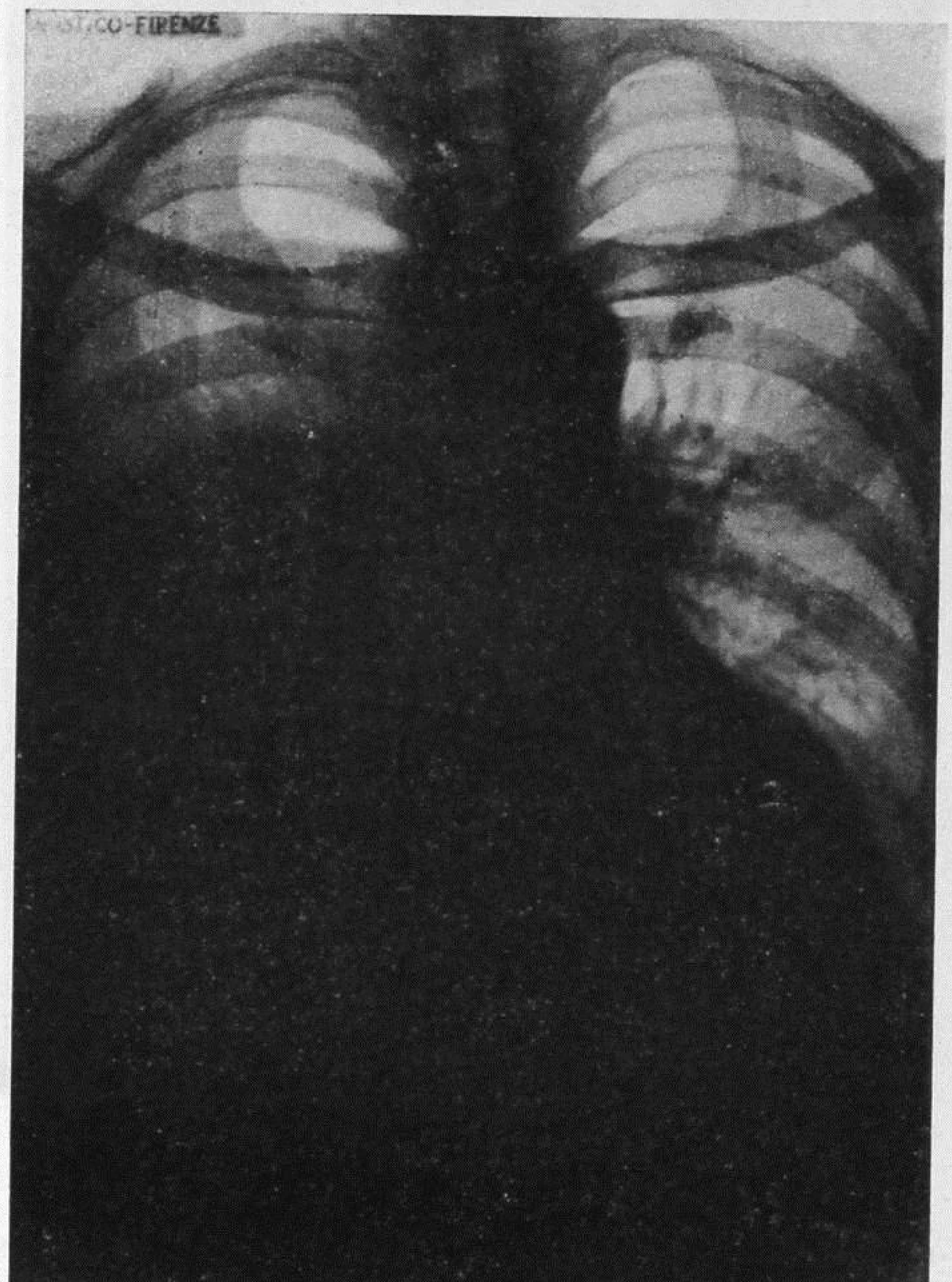


FIG. 9.

In queste condizioni è stato consigliato ed eseguito l'intervento chirurgico.

L'esame istologico dimostrò carcinoma solido nel nodulo eteroplastico mammario, sclerosi dei linfonodi ascellari, presenza di elementi neoplastici epiteliali nei lobuli grassosi ascellari.

Guarita chirurgicamente, al controllo radiografico è stata messa in evidenza scarsa quantità di liquido libero, mentre si è dimostrata normale la luminosità del campo polmonare soprastante.

Nuovo ciclo di irradiazioni Roentgen dal 4 giugno al 26 giugno 1937 (in totale 6300 R. Int. a 50 cm. F. Pelle).

Tre mesi dopo questo secondo intervento non era rivelabile alcuna localizzazione eteroplasica all'esame clinico. Il radiogramma del torace dimostrava opacamento basale a destra con tralci fibrosi senza segno di versamento liquido: abbastanza chiaro il campo polmonare soprastante.

Tali condizioni si sono mantenute durante un anno finchè nell'ottobre del 1938 è stato necessario un terzo intervento radioterapico in seguito alla comparsa di noduli cutanei all'emitorace destro e linfonodi palpabili alla regione sopra-claveare destra e ascellare sinistra. Non segni di versamento intra-pleurico anche all'esame radiografico.

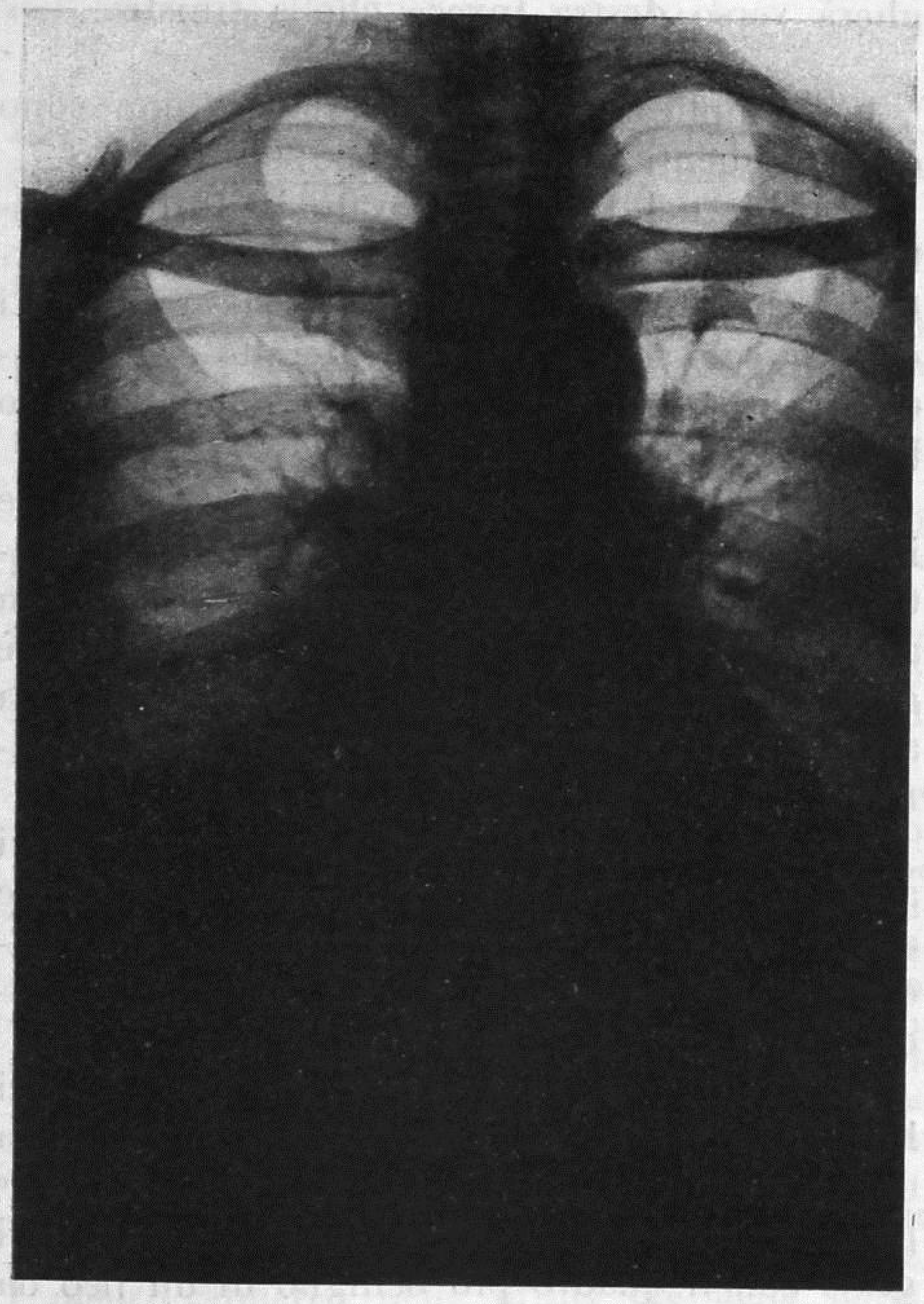


FIG. 10.

Alla fine del trattamento la fusione dei nodi cutanei era completa e notevole la riduzione del volume dei linfonodi: stato generale relativamente buono.

Oggi in osservazione.

Questo come il caso precedente dimostra l'effetto benefico delle irradiazioni radio-attive anche sul comportamento delle forme pleuriche giacchè per più di un anno è stato possibile constatare la mancanza di essudato in seguito all'irradiazione.

Altro fatto importante è il reperto di elementi neoplastici nei lobuli grassosi del cavo ascellare in seguito all'irradiazione: il carcinoma della mammella è secondo noi di dominio radio-chirurgico e — anche nei casi clinicamente guariti con le irradiazioni — è sempre consigliabile successivamente l'ablazione chirurgica seguita da un nuovo ciclo di applicazioni radioterapiche.

RIASSUNTO.

I casi riportati dall'A. rivestono particolare importanza giacchè dimostrano che anche in forme gravi ed estese di tumore maligno, tali da essere considerate ormai fuori di ogni presidio terapeutico, è sempre possibile ottenere dalle irradiazioni radio-attive, applicate con tecnica adatta, dei risultati terapeutici e talvolta delle guarigioni insperate.

OSSERVAZIONI CLINICHE

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
II PADIGLIONE CHIRURGICO
Primario: prof. S. MUZII.

Volvolo di tutto il tenue in portatore di mesenterio comune.

Dott. MINO MORALDI, aiuto chirurgo.

Riferisco il presente caso non tanto per la sua rarità, quanto per i rilievi clinici e diagnostici cui dà occasione la sua sintomatologia, e che penso abbiano un interesse generale nella diagnosi dell'occlusione intestinale e dell'addome acuto in genere.

Il mesenterio ileocolico comune (M. c.) è una malformazione la cui conoscenza risale a Grüber ed a Toldt; alla autopsia si era riscontrato molto raramente, ed in patologia si ricordava soltanto nella trattazione delle occlusioni intestinali come una delle cause predisponenti al volvolo ed alla invaginazione; data appunto la sua rarità, era considerato soltanto come una curiosità anatomica. Il moltiplicarsi degli atti operativi sull'addome da una parte, e dall'altra la ricerca radiologica dell'apparato digerente eseguita sistematicamente su un gran numero di infermi, permisero di formulare la diagnosi di M. c. nel vivente. Si potè dimostrare così che la sua esistenza è molto più frequente (1) di quanto non facciano supporre i rilievi autoptici; inoltre si potè stabilire che molti pazienti che accusavano disturbi addominali cronici presentavano un M.c. senza lesione organica o funzionale di nessun altro organo; era logico attribuire in questi casi tutti i disturbi alla malformazione congenita.

Alcuni Autori giunsero così a creare un quadro morboso da M.c., benchè altri Autori

(1) SCHÄFFER nel 1936 ha raccolto nella letteratura oltre 100 casi di M. c.; dopo di allora ne sono stati pubblicati altri casi, e mi risulta che molti casi diagnosticati radiologicamente, per esempio negli Ospedali di Roma, non sono stati pubblicati, perchè l'affezione è ormai ben nota.

persistessero nel negare a questo ogni rapporto di causa ad effetto. Comunque sia, oggi si può concludere che il M.c. è una malformazione relativamente frequente, le cui conseguenze patologiche possono presentarsi sia acutamente che cronicamente, e che quindi va ben conosciuta dal medico e dal chirurgo.

Poichè esistono ampie trattazioni sul M.c. sia in Italia che all'estero, mi limiterò a pochi ricordi anatomici rimandando per il resto ai lavori di Taffagnini, di Ferrandu, di Sandera, di Frazer e Robbins, di Dott, di Hencker, Grünwald e Külmann, ecc.

Il M.c. è una malformazione che si stabilisce durante il 4°-6° mese della vita fetale; essa è dovuta a mancata o insufficiente o inversa rotazione della branca inferiore (o postarteriosa) dell'ansa ombellicale (quella parte che diverrà poi grosso intestino fino alla flessura splenica), la quale di norma ruotando sul suo asse viene a passare avanti e sopra alla branca superiore (o prearteriosa) della stessa ansa ombellicale (quella parte che diverrà tenue). Questo movimento di rotazione, che avviene in senso contrario alle lancette dell'orologio, ha per conseguenza di portare il grosso intestino (ceco, ascendente e trasverso) dal mezzo del cavo addominale, dove si trova originariamente, nella sua metà destra.

Il mesocolon viene trascinato in questa migrazione verso destra e la sua superficie posteriore (originariamente superficie destra della branca inferiore dell'ansa ombellicale) si porta sulla parete posteriore del cavo addominale, fissandosi al peritoneo parietale posteriore.

Il M.c. ripete quindi nell'adulto uno stadio del normale sviluppo fetale dell'intestino. Avremo in esso che la maggior parte del tenue sta a destra della colonna vertebrale, mentre il grosso intestino sta a sinistra; che il mesenterio del tenue si prosegue direttamente nel meso del ceco e del colon ascendente essendo così ceco e ascendente perfettamente liberi e mobili; discendente e sigma invece non partecipando alla malformazione conservano situazione e caratteri normali. Il duodeno non ruota come di norma verso sinistra e non aderisce al peritoneo posteriore per formare la flessura duodeno-digiunale; la parte discendente del duodeno passa direttamente nella prima ansa del tenue situata a destra.

Questa malformazione di solito si trova isolata, ma può accompagnarsi anche ad un sito inverso parziale di altri visceri; si intende che di essa potranno trovarsi gradi diversi secondo il periodo dello sviluppo in cui si è prodotta.

I segni radiologici che ne permettono il riconoscimento, sono conseguenza diretta dello stato anatomico; fondamentalmente si troverà il tenue disposto prevalentemente nella metà destra dell'addome, mentre il cieco e tutto il grosso intestino si troveranno nella metà sinistra; la flessura duodeno-digiunale mancherà, e la parte discendente del duodeno piegherà verso destra invece che a sinistra.

Le complicazioni acute del M.c. non sono così frequenti come potrebbe sembrare.

Schöttle nel 1926 ha trovato in tutta la letteratura 20 casi di volvolo del tenue in portatori di M.c.; di questi 20 casi erano stati operati solo 12, e di questi erano sopravvissuti solo 4, mentre gli 8 non operati erano tutti morti (mortalità 80 %).

Nei suoi due casi personali la torsione, che interessava tutto il tenue e parte del grosso intestino, era solo di 180°, non si accompagnava a chiusura completa del circolo intestinale nè a lesioni vascolari, e datava nel primo caso da almeno sei settimane, nel secondo caso da almeno 14 giorni.

Dopo il lavoro di Schöttle ne sono apparsi altri numerosissimi sul M.c., ma nonostante abbia eseguito diligenti ricerche bibliografiche, ho potuto trovare solo le seguenti pubblicazioni riguardanti casi di volvolo:

Azbukin in un lavoro russo del 1927, di cui ho potuto leggere solo il riassunto, giunge alla conclusione che nel M.c. una torsione di 360° può decorrere anche senza lesioni vascolari gravi con il quadro più benigno di un ileo da ostruzione.

Jacobi nel 1928 presenta il caso di una bambina di 4 anni sofferente per M.c. e morta per volvolo del tenue, non operata perchè la diagnosi era di crisi acetonemiche.

Waugh nel 1928 pubblica 5 casi di Mc. operati, uno dei quali presentava crisi occlusive, che erano determinate da compressione del mesentere, stirato in basso dal peso dell'intestino, sulla flessura duodeno digiunale.

Karell nel 1930 ha operato una donna di volvolo della parte inferiore dell'ileo e della metà destra del colon; la diagnosi di M.c. era stata già fatta precedentemente in occasione di una appendicectomia e di un esame radiologico dell'apparato digerente; l'esito fu in guarigione.

Moritz nel 1932 pubblica 4 casi autoptici di M.c., in due dei quali la morte fu causata da volvolo del tenue e del grosso intestino.

Scollo nel 1933 pubblica due casi di volvolo del ceco in portatori di M.c., ambedue guariti.

Koszler nel 1937 riferisce di due casi operati con successo; esistevano segni di stenosi duodenale e la stenosi era prodotta da un cordone, rispettivamente da torsione del mesentere nella plica duodeno-digiunale.

Il caso che presento mi è occorso durante il servizio di guardia chirurgica al II Padiglione dell'Ospedale Policlinico Umberto I.

M. Alvaro, di anni 26, da Roma, coniugato, manovale; chiede ricovero in Ospedale il giorno 8 febbraio 1939, alle ore 15, per dolori addominali.

Anamnesi familiare e personale remota negativa.

Il paziente non ha mai sofferto di dolori all'addome, l'alvo è stato sempre regolare. Due ore prima, un'ora dopo un pasto normale, è stato colto da violenti dolori epigastrici; non vomito, al mattino defecazione normale.

Obbiettivamente: normotipo con scarso sviluppo muscolare; addome pianeggiante, piuttosto a barca, le pareti si muovono con gli atti respiratori, nessun accenno a difesa muscolare; dolente la pressione sull'epigastrio; non guazzamento; all'esplorazione rettale il Douglas non duole, il retto contiene feci.

Polso 70 al 1' valido, temperatura 37°,1, orine normali; negativo il restante esame obbiettivo.

Prescrivo delle gocce di oppio e belladonna che mitigano per qualche ora i dolori, i quali riprendono però con uguale violenza, sempre localizzati all'epigastrio, e continui con qualche brevissima remissione. Alla sera defecazione spontanea con feci normali e una volta vomito alimentare. Al mattino seguente le condizioni generali sono peggiorate; aspetto molto sofferente; polso 90 al 1', temperatura 37°,2: obbiettivamente condizioni invariate, addome nettamente a barca, dolentissimo l'epigastrio alla pressione. I dolori calmatisi nelle prime ore della notte, dopo iniezione di morfina e atropina, hanno ripreso con gli stessi caratteri, e cioè localizzati all'epigastrio, continui, violenti.

Al mattino vomito biliare; le bevande somministrate in piccola quantità sono state vomitate; l'alvo è pervio ai gas.

Pongo la diagnosi generica di occlusione intestinale, propongo l'intervento d'urgenza, che eseguo senz'altro.

Operazione (9 febbraio 1939, dott. Moraldi). Eteronarcosi. Taglio mediano sopra e sotto ombellicale. Cavo peritoneale libero di aria e liquido; appare lo stomaco vuoto di contenuto ed il colon trasverso modicamente disteso da gas; lo stomaco e la prima porzione del duodeno non presentano nulla di abnorme; colecisti normale distesa da bile, che si vuota con la compressione; epiploon normali.

Esplorando manualmente il cavo addominale non si palpa alcuna ansa del tenue, ed invece si avverte un grosso cordone duro elastico teso verticalmente e situato un po' a destra della linea mediana. Ampliata l'incisione in basso si vede distintamente che il grosso cordone non è che mesenterio torto sul suo asse; l'ultima ansa dell'ileo esce al disotto del mesentere attorcigliato, tra questo e la parete addominale posteriore, e dopo circa 10 cm. termina nel ceco; il ceco è situato a destra, ma non è fissato alla parete, bensì completamente mobile e provvisto di un mesentere che è la continuazione del mesentere dell'ultima ansa; ceco ed ascendente sono brevi e si continuano col trasverso che appare in sede normale; l'appendice è normale.

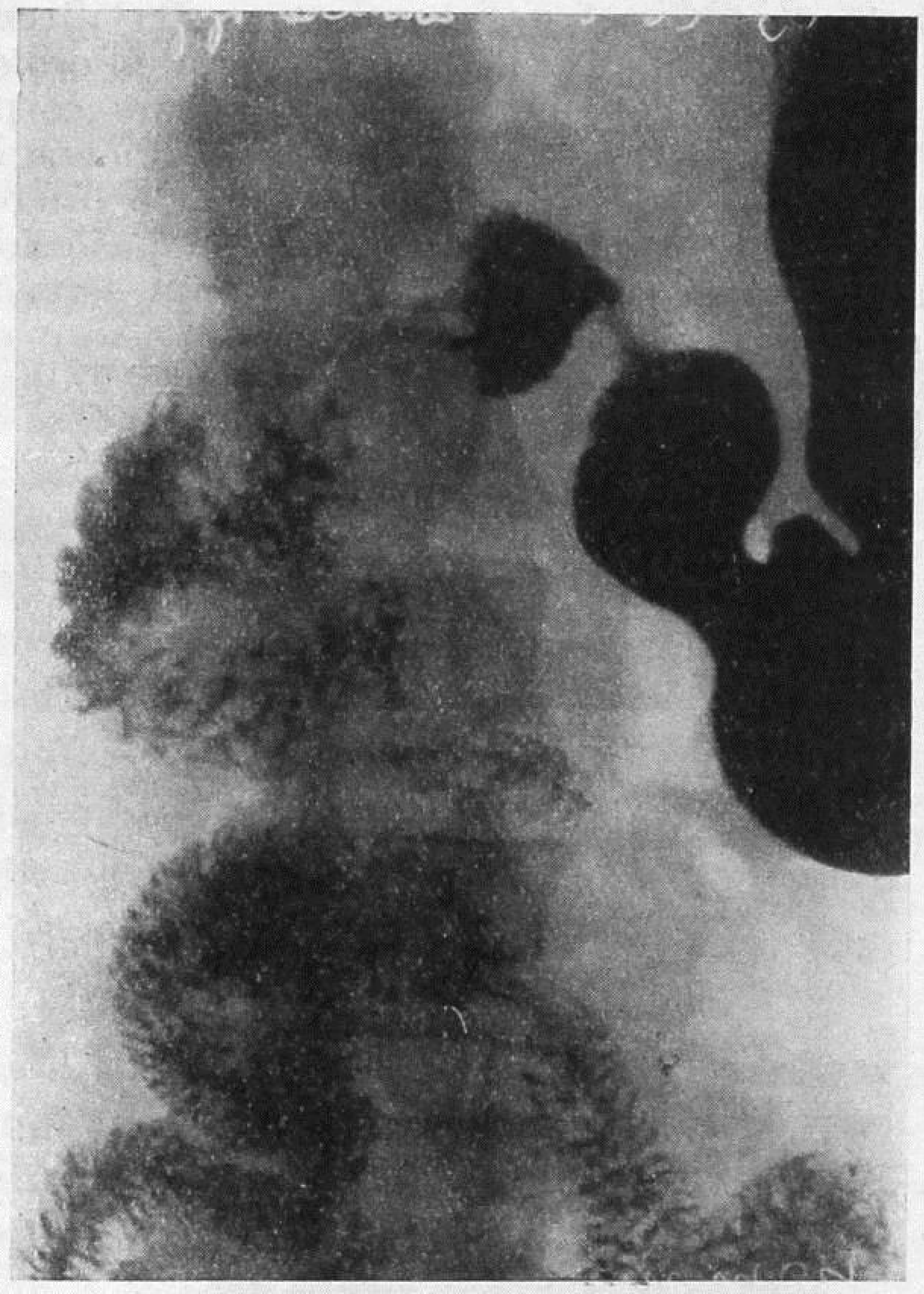


FIG. 1. — Il tenue si dispone prevalentemente nella metà D. dell'addome; il duodeno si continua direttamente nella prima ansa del digiuno, manca la flessura duodeno-digiunale.

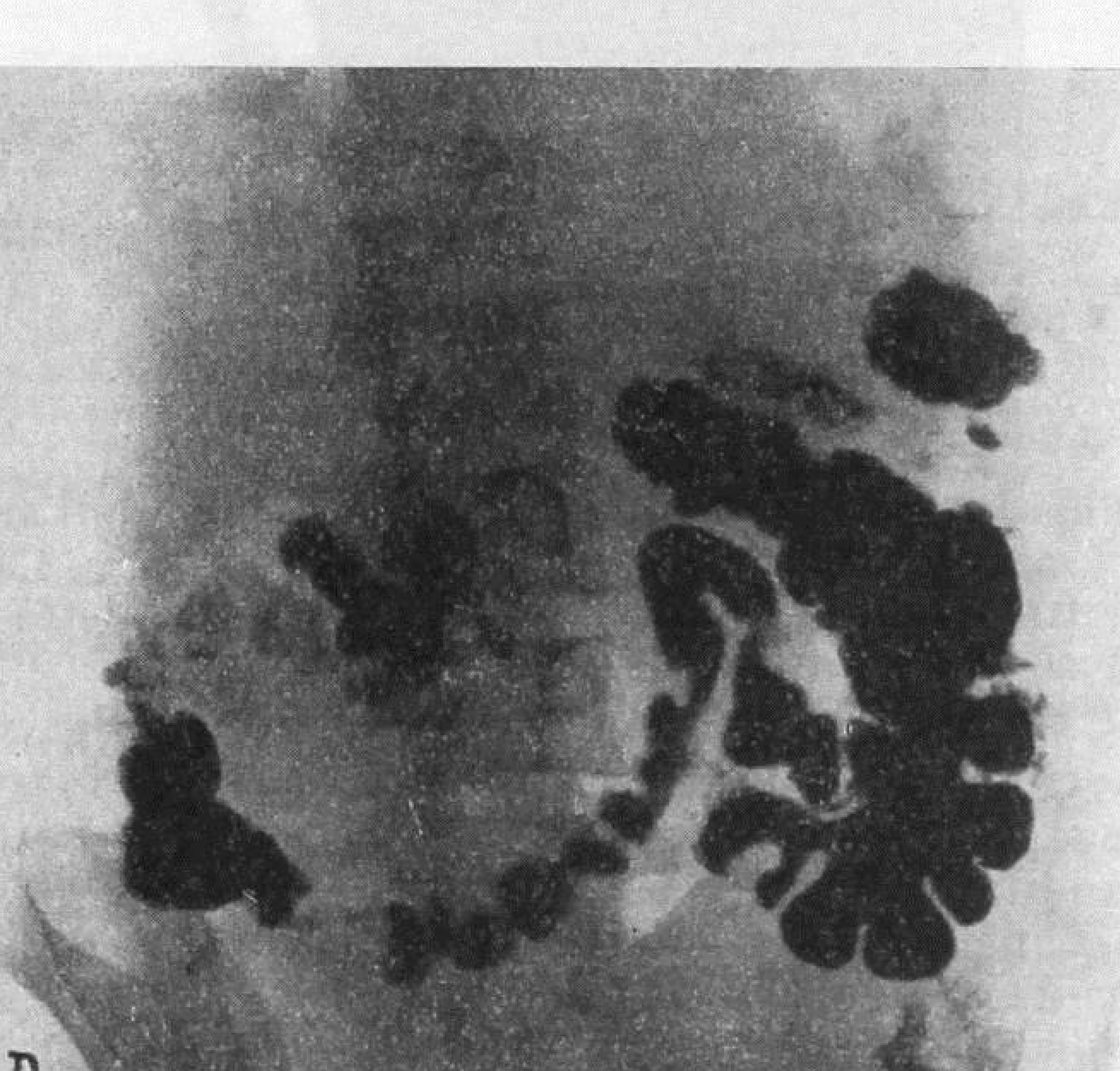


FIG. 2. — Le ultime anse del tenue si trovano nella fossa iliaca destra, il ceco si trova nella fossa iliaca sinistra.

Tutto il tenue è assolutamente vuoto di contenuto liquido e gassoso e pende dal suo meso lungo e attorcigliato come un grosso gomitolo carnoso; è tutto situato nel piccolo bacino e con il suo peso tiene stirato in basso il mesentere

che così schiaccia l'ultima ansa contro la parete posteriore.

Solo dopo aver estrinsecata tutta la matassa intestinale è possibile detorcere il mesentere; per questo si deve compiere un giro e mezzo nel senso delle lancette dell'orologio; la torsione era quindi di 540° ed era avvenuta nella direzione contraria a quella delle lancette dell'orologio. Dopo la detorsione il mesentere appare cosparso di numerosissime picchiettature emorragiche, ma in buon stato di nutrizione; esso è lungo, la sua linea di inserzione sul peritoneo posteriore è quasi verticale ed i suoi punti estremi sono molto ravvicinati; esso si continua, come si è detto con il meso del ceco e dell'ascendente. Dopo de-

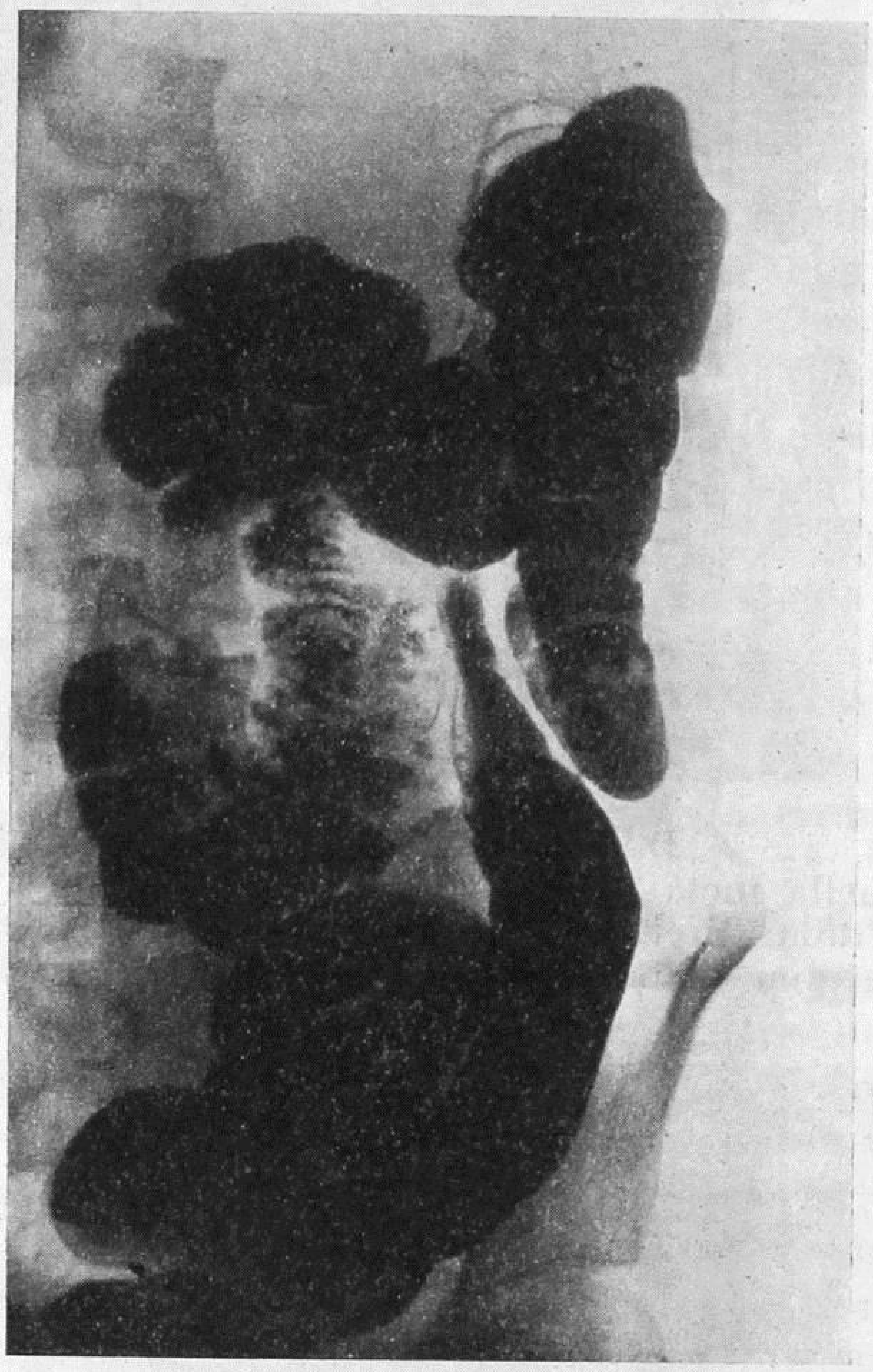


FIG. 3. — Clisma opaco, metà sinistra dell'addome. Il ceco è situato a sinistra e verso l'alto, tutto il colon è situato nella metà sinistra del cavo addominale.

torsione, ceco, ascendente e trasverso, si trovano presso la linea mediana, un po' a sinistra di questa. Si vorrebbe fissare il ceco nella sua sede normale, ma a questo momento il malato presenta uno schok grave, per cui si ritiene più opportuno sospendere ogni ulteriore atto e terminare rapidamente l'operazione con la chiusura delle pareti.

Decorso post-operatorio normale, in quarta giornata defecazione spontanea.

Un mese dopo l'intervento, fu fatto eseguire nel Reparto Radiologico dell'Ospedale, l'esame dell'apparato digerente; la relazione dettata dal prof. Nuvoli è stata la seguente: esofago e stomaco nulla di notevole; il duodeno non ruota normalmente per formare l'angolo di Treitz, ma si continua direttamente con il tenue che appare prevalentemente disposto nella metà D. dell'addome.

L'ultima ansa imbocca il ceco nella metà sinistra; tutto il colon è in questa sezione dell'addome.

Tale quadro è da riferirsi all'esistenza di un mesenterium commune. Campi polmonari e immagine cardiovascolare normale (1).

Il paziente viene dimesso il 13 marzo 1939 perfettamente guarito e senza che abbia più avuto il minimo disturbo addominale.

È stato reso edotto della sua malformazione per ogni possibile evenienza.

In conclusione si è trattato di un volvolo di 540° di tutto il tenue, prodotto e favorito dalla esistenza di un mesenterium commune; la malattia si è svolta tutta in Ospedale e la osservazione diretta del suo decorso ha permesso la diagnosi precoce di occlusione intestinale.

I rilievi anatomici, anche se di osservazione rara, sono bene chiariti e semplici nei loro aspetti principali; la esistenza del M.c. è dimostrata dal reperto operatorio e dall'esame radiologico; la base d'impianto del mesentere, disposta verticalmente e con i due punti estremi molto avvicinati era evidentemente sproporzionata alla lunghezza del mesentere stesso, e questa sproporzione ha favorito il volvolo di tutto il tenue, favorito ancora nel suo prodursi dalla mancanza del punto fisso in corrispondenza del ceco.

La lunghezza del mesentere ha permesso inoltre che ad una torsione così forte, come nel nostro caso, non seguissero rapidamente lesioni gravi ed irreparabili dei vasi mesenterici; questa osservazione concorda perfettamente con quella già riferita di Azbukin.

Lo stesso reperto anatomico ci dà spiegazione della sintomatologia presentata dal paziente, che si può compendiare così: violenti dolori epigastrici insorti senza causa apprezzabile e senza precedenti morbosi, intolleranza gastrica alimentare, alvo pervio a feci e gas.

Obbiettivamente addome avvallato, assenza di qualunque contrattura e tumefazione, dolore palpatorio epigastrico, stato generale seriamente compromesso.

La diagnosi di occlusione intestinale con questo reperto, poteva essere posta soltanto seguendo un criterio di esclusione, poichè non solo mancavano alcuni segni propri dell'ileo, ma esistevano dei sintomi in contrasto con l'ileo.

I dolori erano assolutamente atipici per sede

---

(1) I radiogrammi sono stati riprodotti dal prof. NUVOLI nella sua recente opera: Metodologia radiologica. Roma, 1939.

e caratteri; così era la loro sede epigastrica alta, il loro carattere di continuità senza alternanze, la loro obbiettivabilità con la palpazione; il vomito non aveva alcun carattere particolare; la pervietà dell'alvo non poteva fare escludere nè affermare la occlusione, mentre le feci normali parlavano contro alcune forme di ileo o lesione intestinale.

I dati obbiettivi erano altrettanto incerti; se mancava qualsiasi difesa, mancava pure l'addome meteorico, il disegno delle anse, il guazzamento, una tumefazione circoscritta ecc.

Il sintomo che ci ha imposto una diagnosi ed una terapia attiva, è stato l'aspetto di vera sofferenza del malato e l'impressione che esso fosse colpito da una malattia grave, pur non presentando ancora a carico della faccia e del polso quelle modificazioni classicamente descritte. Stabilito questo punto la diagnosi di ileo era già posta per metà; escludendosi per l'esame obbiettivo qualsiasi lesione infiammatoria ed emorragica peritoneale, extraperitoneale, toracica, escludendo lesioni traumatiche e nervose, era logico interpretare il quadro come una occlusione intestinale alta. Il fatto che i sintomi presentati non si potevano far rientrare nel quadro classico dell'occlusione intestinale acuta, piuttosto che farci rifiutare la diagnosi, ci ha portato ad ammettere qualche condizione anatomopatologica particolare che ci sfuggiva ma che nondimeno doveva esistere e che solo l'intervento ci avrebbe rivelato.

Difatti così è stato; l'attorcigliamento del mesentere su se stesso e la forte trazione sulla sua radice ci hanno dato ragione della sede del dolore, della sua violenza, del suo carattere di continuità; la vuotezza assoluta di gas e liquidi di tutto il tenue, insieme alla pervietà del grosso intestino, ci hanno spiegato sia l'esistenza dell'addome avvallato che la mancanza di peristalsi visibile e di dolori a tipo colico.

Se si fosse saputo o supposto che il paziente aveva un M.c. la diagnosi sarebbe stata più agevole; ma il paziente non aveva mai sofferto alcun disturbo addominale che lo potesse far sospettare (1), e nella complicazione sopraggiunta non poteva aver valore la ricerca del segno cui Waugh dà così grande importanza clinica nella diagnosi del M.c., della vuotezza cioè della fossa iliaca destra, segno che del resto non è stato confermato da altri autori (Koszler).

Alla diagnosi e all'intervento precoce dobbiamo il successo terapeutico, poichè non sarebbe potuta avvenire nel nostro caso una detorsione spontanea, nè lesioni vascolari gravi, con la conseguente necrosi di tutto il tenue, avrebbero ormai potuto tardare a comparire, data la forte torsione raggiunta.

L'insegnamento pratico del caso mi pare sia quello di richiamare l'attenzione su una malformazione non tanto rara e pur così grave nelle sue complicanze; e di illustrare il significato anatomoclinico che alcuni segni addominali di abituale osservazione possono avere, nonchè il valore di una loro esatta interpretazione per la diagnosi dell'addome acuto: diagnosi da cui, come spesso avviene nella chirurgia addominale d'urgenza, può dipendere la vita del paziente.

(1) Alcuni Autori hanno osservato che il M. c. oltre a dare disturbi addominali vaghi, può essere causa di crisi dolorose con vomito e alvo chiuso, riferibili a occlusioni parziali e transitorie che risolvono spontaneamente.

RIASSUNTO.

Viene illustrato un caso di volvolo di tutto il tenue in un portatore di M.c. operato e guarito, notevole oltre che per la sua rarità, per la sua sintomatologia; questa offre occasione a osservazioni che riguardano la diagnosi dell'occlusione intestinale e dell'addome acuto in genere.

BIBLIOGRAFIA.

Lavori consultati:

Azbukin A. Riferito in Zentralorgan für Chir., 38, 122, 1927.

Blecher. *Volvulus bei M. c.* Dtsch. Zeitschr. für Chir., 98, 1909.

Ferrandu S. *Studio anatomopatologico sul M. c.* Annali italiani di Chirurgia, 13. 511, 1934.

Jacobi W. *Zur Frage des rekurrierenden Erbrechens mit Azetonämie.* Arch. Kinderheilk., 84, 1928.

Karell U. *Drei weitere Fälle von M. c.* Röntgenprax, 2, 522, 1930.

Koszler V. *Zur Klinik des M. c.* Arch. Kinderheilk., 110, 166, 1937.

Sandera. *Diagnose und Differentialdiagnose des M. c. im Röntgenbilde.* Fortscr. Röntegenstr., 43, 207, 1931.

Scollo G. *Palologia del M. c.* Policlinico, Sez. Chir., 40, 530, 1933.

Waugh. British Journ. of. Surg., 15, 59, 1928.

Alcuni lavori importanti per lo studio del M. c. ma non consultati direttamente.

Bräuning. Dtsch. Zeitschr. für Chir., 176, 1922.

Dott. British Jorun. of Surg., 11, 1923-24.

Frazer and Robbins. Journ. of Anat., 1915.

Moritz. Amer. Journ. of Path., 8, 735, 1932.

Shäffer. *Beitrag zur Kasuistik des M. c.* Frankfurt a. M. Dissert., 1936.

Shöttle. Dtsch. Zeitschr. für Chir., 194, 401, 1926.

Zaffagnini. Ateneo Parmense, 2, 59, 1931.

SUNTI E RASSEGNE

ORGANI RESPIRATORI.

L'enfisema polmonare diffuso dei vecchi.

(H. WEBER. *Ueber Krankheiten der Rückbildungsjahre u. des Alters*. Fischer. ed. Jena, 1939).

L'enfisema diffuso, dilatazione degli alveoli e scomparsa della loro parete intermedia, è la malattia senile caratteristica degli organi respiratorî. Alle dette alterazioni anatomiche consegue una diminuzione della forza espiratoria ed una riduzione del sistema capillare polmonare, per cui si rende necessario un aumento dell'efficienza del cuore destro. Per tali condizioni, la capacità vitale media verso il 66° anno viene ad essere ridotta alla metà, pur senza nessun processo morboso. Le modificazioni senili degli organi destinati al movimento del sangue sono quindi, nella maggior parte degli individui, conseguenza di modificazioni degli organi respiratorî.

La comparsa dell'enfisema senile è condizionata anzitutto dall'eredità; ma vi cooperano anche varie condizioni di vita e malattie, quali la bronchite cronica, l'asma, gli sforzi respiratori (soffiatori di vetro, suonatori di strumenti a fiato, l'abitudine di molti addetti a lavori pesanti di inalzare o portare pesi col torace fissato in ispirazione, la necessità di parlare a lungo e forte).

La forma del torace ampliato d'ambe le parti e limitato nei suoi movimenti porta, nel picnico, ad un ampliamento della parte inferiore e nell'astenico, piuttosto, ad una riduzione di essa, a causa della respirazione forzata. Per quest'ultimo, lo spazio respiratorio necessario viene ottenuto con l'elevamento eccessivo delle coste superiori mediante la cifosi ed il rigonfiamento degli apici. Per tali modificazioni, ne soffre l'espirazione più che la inspirazione e quindi, allorchè nell'età senile insorge dispnea da sforzo, la respirazione assume un tipo simile all'asma. Il rigonfiamento del polmone determina la nota ipersonorità alla percussione, mentre la rigidità del torace rende quasi impossibile la delimitazione plessimetrica del cuore. A causa della limitazione delle escursioni polmonari, si ha un indebolimento del murmure vescicolare, che spesso scompare addirittura, coperto dai rumori catarrali della bronchite, per lo più presente. All'esame radiologico, il polmone appare sempre chiaro ed il disegno dell'ilo ben netto.

Non ostante molti disturbi respiratorî specialmente invernali, un vecchio enfisematico può raggiungere un'età avanzata e, nella buona stagione passarsela abbastanza bene conservando una certa capacità lavorativa, a condizione che la bronchite rimanga in limiti discreti, il cuore pur sottoposto a continuo sforzo non ceda e soprattutto non intervengano complicazioni. Diversamente vanno le cose e può sovrastare un pericolo, quando la notevole quantità di secreto dal polmone rigonfiato non possa più venire espettorata, oppure si aggiungano delle complicazioni polmonari alla bronchite, ovvero d'altra parte cedano le forze del cuore. Sull'entità della bronchite forniscono informazioni più sicure il numero e l'intensità dei rantoli, anzichè la quantità dello sputo, perchè questa proprio nei periodi di peggioramento è spesso scarsa. Una complicazione polmonare iniziale, per lo più la broncopolmonite, può rimanere occultata dietro i fatti enfisematosi e spesso non la si riconosce che con la misura della temperatura rettale. Anche alla radiologia, dei piccoli focolai polmonari possono rimanere nascosti dietro il rigonfiamento.

Per ridurre e facilitare l'espettorazione, si useranno i mezzi consueti utilizzati nelle bronchiti e polmoniti. Molto indicate sono, nei peggioramenti acuti, le compresse calde, in forma di impacchi del torace, da tenersi per parecchie ore. Anche le bevande calde e le iniezioni sottocutanee di cloridrato di emetina (fiale da 3 a 6 cg.) agiscono favorevolmente; non è invece consigliabile l'emetina per bocca, provocando specialmente nei vecchi vomito. Lo joduro di potassio in piccole quantità e l'inalazione di vapori di trementina facilitano l'espettorazione, per cui giova anche la compressione ritmica della parte inferiore del torace, da farsi ad ogni espirazione da persona ben pratica. Invece, nella forma astenica del torace, la compressione ha poco effetto, mentre riesce meglio la camera pneumatica.

Se è possibile, l'enfisematico con forte bronchite farebbe bene a passare la cattiva stagione in un clima mite e, nell'estate fare una cura in luoghi con acque solforose o clorurate, dove vi siano dei dispositivi per le inalazioni. Evitare il soggiorno in ambienti in aria non pura e gli sforzi, come pure la flatulenza e la stitichezza. Molta cautela per gli interventi chirurgici.

Il pericolo dell'enfisema in riguardo al cuore sta anzitutto nella riduzione della corrente nel circolo polmonare, per cui si richiede, come si è detto, un maggior lavoro da parte del ventricolo destro ipertrofizzato. Se esso incomincia a cedere, il che si manifesta con la stasi retrograda specialmente nel fegato e, quindi, con l'ittero, se ne risente anche il ventricolo sinistro, a cui non arriva dal polmone la quantità necessaria di sangue per un valido funzionamento. Al tempo stesso, la riduzione della respirazione diaframmatica determina una riduzione nella spremitura del sangue dal fegato e dai visceri addominali in

direzione della vena cava e del cuore, condizione che favorisce la circolazione.

Aumento di dispnea, stasi epatica ed ogni altro segno di indebolimento cardiaco esigono un pronto trattamento: anzitutto il riposo, generalmente meglio in una poltrona anzichè in letto. La digitale viene per lo più usata con successo, ma può anche danneggiare, in quanto che agendo essa sia sul ventricolo destro che è ipertrofico, come sul sinistro che non lo è può provocare edema polmonare perchè il ventricolo sinistro non può sopperire all'improvvisa maggiore richiesta di sangue. Anche nell'enfisema, è da preferirsi la strofantina per via endovenosa alla digitale. Superata la crisi di debolezza cardiaca, si darà con successo la scilla, di cui l'efficacia è favorita dall'aggiunta di stricnina (3 mg. al giorno in pillole).

In nessun'altra malattia polmonare come nell'enfisema incipiente, si potrà tanto giovare al malato facendogli presto cambiare professione, quando questa si rivela dannosa; in tal modo, prolungando l'attività lavorativa dell'individuo, si otterrà non soltanto un vantaggio individuale, ma anche economico-sociale. *fil.*

La dispnea funzionale.

(F. A. Willius. *Proc. Mayo Clinic*, 30 agosto 1939).

Il medico, di fronte al paziente che accusa di avere il « respiro corto » trascura spesso di indagare quale è il reale disturbo del meccanismo respiratorio e tende a pensare al cuore come causa preponderante. L'A. ha richiamata l'attenzione sul fatto che la respirazione anormale può essere di origine funzionale o nervosa, ciò che era già stato indicato da altri.

La necessità di ritornare sull'argomento è indicata dal fatto che anche oggi è un caso che si riconosca tale origine della dispnea. I pazienti che ne sono affetti, per lo più donne, si presentano sospettando una malattia cardiaca, sono sempre stanchi e nervosi e lo stato di ansia circa il loro stato di salute ne è una caratteristica.

Il disturbo del respiro è variamente descritto dai pazienti, come difficoltà di avere il respiro, incapacità di fare un respiro soddisfacente o che il respiro esca soltanto in parte. È necessario ottenere tali particolari, perchè il termine di « respiro corto » è troppo generico ed abbraccia tutti i disturbi della funzione respiratoria. Vi si associano spesso delle sensazioni riferite al torace, che possono consistere in un senso di costrizione, di oppressione o di peso, che viene avvertito talvolta quando il respiro è disturbato, ma altre volte continuamente. Sono frequenti anche le palpitazioni e la tachicardia.

Il disturbo respiratorio si manifesta senza rapporto con quanto sta facendo il paziente in quel momento ed è anzi più frequente quando esso non è occupato in nessun lavoro e specialmente quando è stanco o nervoso. Quando non si può ottenere dal paziente una descrizione precisa, è meglio invitarlo a mostrare come è il suo respiro durante il disturbo che egli accusa. Si riproduce così il tipo classico della dispnea funzionale. Il paziente spesso sospira e sbadiglia e, dopo parecchi di tali tentativi forzati, riconosce che, alla fine, egli può avere il suo respiro soddisfacente.

Due sono i tipi che si osservano, l'uno a sospiro, l'altro ad affanno; differiscono fra loro per la frequenza della respirazione e per la gravità dell'accesso; il primo è il più comune ed è meno grave del secondo, che può essere allarmante.

Il tipo a sospiro consiste in una serie di respirazioni profonde a foggia di sospiro o di sbadiglio, mentre varia poco la frequenza. Il tipo ad affanno tende a manifestarsi in accessi, caratterizzati da respirazioni rapide, profonde e forzate e che possono durare un minuto, un'ora o più. L'inizio può essere improvviso o graduale; la profondità e la frequenza della respirazione aumentano col progredire dell'accesso. La frequenza può salire a 50 o 100 per minuto e più fino ai limiti della possibilità fisica. L'ansia ed il terrore di morire sono fattori, che precipitano e prolungano gli accessi.

L'iperpnea, se continuata, finisce col determinare l'iperventilazione, la quale a sua volta è capace di provocare la tetania. Il fenomeno non è stato osservato spesso, ma se presente è di notevole importanza. I sintomi variano da una lieve parestesia delle mani e dei piedi, con crampi muscolari fino a convulsioni generalizzate. I fatti più frequenti sono la parestesia e lo spasmo carpo-pedale.

Sono state fatte molte ricerche sulle modificazioni chimiche dell'organismo in condizioni di iperventilazione; si è così veduto che si ha un'eccessiva perdita di CO_2 e ne risulta una reazione alcalina dei tessuti, con escrezione di urina molto alcalina. Diminuiscono i carbonati del plasma ed il potere di questo di combinare CO_2, con uno stato di alcalosi.

La dispnea funzionale si limita per lo più ad essere un sintoma noioso, ma comunque il medico deve saperla riconoscere per sollevarne il paziente. È ovvio che, con accurato esame si devono dapprima escludere le malattie cardiache od altre capaci di produrre tali disturbi respiratori.

Il trattamento consiste essenzialmente nello spiegare al paziente, in termini da lui comprensibili, il meccanismo del disturbo. Giova, a tale scopo, far riprodurre al paziente il disturbo accusato.

Si dovranno inoltre considerare i diversi fattori che possono influire sulla disposizione

nervosa del paziente. Il temporaneo uso di calmanti può essere talora utile, specialmente se vi è anche insonnia; se necessario, si cercherà poi di eliminare le cattive abitudini di vita, che possono cooperare per dare l'accennato disturbo. *fil.*

Le indicazioni attuali della frenicectomia.

(F. DUMAREST e P. LAGAZE. *Le bull. medic.*, 9 settembre 1939).

Per la sua semplicità e per la sua benignità relativa la frenicectomia ha avuto una singolare fortuna per alcuni anni, durante i quali sembrava dovesse soppiantare persino il pneumotorace. Ma la sua fama tramontò rapidamente e, secondo gli AA., immeritatamente.

Di quest'opinione sono vari tisiologi, e si cerca ora di riabilitare l'intervento specialmente precisandone le indicazioni (appunto perchè nei primi anni le indicazioni erano troppo vaste).

Recentemente alla soc. di Studi Scientifici sulla tubercolosi a Parigi Roux e Leclerc furono nettamente favorevoli alla frenicectomia.

Gli AA. hanno voluto con quest'articolo precisare le indicazioni.

Le condizioni generali dell'indicazione alla frenicectomia sono: che la lesione sia poco estesa, poco evolutiva e che coi movimenti diaframmatici venga stirata nel senso verticale.

La limitazione della lesione è necessaria, perchè nella retrazione che permette la guarigione la capacità retrattile perilesionale è possibile solo se c'è molto tessuto sano e quindi retrattile. Per questo la frenicectomia non ha successo nelle lesioni marginali, mentre ce l'ha in quelle centrali (lobo superiore, regione parailare, base del lobo superiore).

La poca evoluzione del processo è importantissima, tanto che spiega come possa dare risultati più brillanti una frenicectomia per lesioni apicali poco evolutive che un intervento per lesioni evolutive centrali o basali.

Per quanto riguarda la retrattilità in senso verticale che segue all'intervento, è bene esaminare radiologicamente il polmone in inspirazione. Se coll'inspirazione la lesione viene stirata verticalmente, il successo è sicuro. Così si spiega l'insuccesso in lesioni che sono stirate orizzontalmente da aderenze.

Condizione favorevole è anche l'esistenza di una sinfisi solida della cupola diaframmatica e della parete laterale perchè ostacola il costituirsi di una respirazione costale supplementare dopo l'intervento.

Per *le indicazioni* bisogna distinguere frenicectomia autonoma e frenicectomia complementare del pneumotorace.

La frenicectomia autonoma è indicata quando lo scollamento pneumotoracico è incompleto o inefficace e quando la sezione di aderenze non possa migliorare il collasso. È indicata anche nelle lesioni non tubercolari basali (dilatazioni bronchiali, cisti infette).

La frenicectomia complementare del pneumotorace riunisce le vere indicazioni di quest'intervento. Così si farà nei casi in cui un collasso buono meccanicamente non riesce clinicamente a vincere la febbre ed eliminare i bacilli dall'espettorato, come pure nelle caverne inerti irreducibili, nel pnemotorace parziale e inattivo, nel pneumotorace attivo per lesioni apicali quando sopraggiungono lesioni basali su cui è inefficace per aderenze. In quest'ultimo caso spesso tronca definitivamente le emottisi. La sinfisi apicale è causa di insuccesso della frenicectomia ad eccezione del pneumotorace a corda.

Nella tubercolosi polmonare bilaterale non si interverrà se le lesioni sono apicali.

La frenicectomia si farà come preparazione alla toraco-plastica solo se le lesioni sono centrali o basali. Però è più consigliabile fare prima la toracoplastica alta e successivamente la frenicectomia per ottenere la detensione delle lesioni basali.

Ci sono dei casi in cui la frenicectomia è utile a scopo emostatico.

Controindicazioni all'intervento sono le forme acute febbrili, le caverne marginali, le lesioni troppo estese.

L'ascensione del diaframma dopo l'intervento non è sempre proporzionale ai risultati. Essa può essere progressiva e in questi casi la cura posturale (posizione declive o laterodeclive) è utilissima.

Escludendo quelle puramente chirurgiche, le complicazioni dell'intervento possono essere le emottisi seguite da fenomeni pneumonici anche ad evoluzione fatale, le poussées evolutive omolaterali, l'evoluzione controlaterale. Esistono inoltre delle complicazioni gastriche della frenicectomia sinistra. L.

PROBLEMI NUOVI.

Azione biologica dell'altezza dal punto di vista dell'aeronautica.

(H. STRUGOLO. *Wien. Klin. Wochenschr.*, 15 settembre 1939).

Dei 400 Km. di spessore dello strato atmosferico che come un involucro circonda la terra, solo i 4-5 Km. più bassi sono abitati da esseri viventi. Anche gli esseri nati per volare, gli uccelli, limitano i loro voli agli strati più bassi: solo aquile e avvoltoi arrivano ad altezze di 7000-8000 m.

Le difficoltà fisiologiche che le grandi altezze presentano all'uomo sono date principalmente dalla diminuita pressione dell'aria, soprattutto dell'ossigeno, e dalla bassa temperatura. La diminuzione della pressione determina conseguenze meccaniche (dilatazione del-

le cavità del corpo piene di aria e quindi spostamenti di organi) e chimiche (da carenza di ossigeno). La carenza di ossigeno rappresenta il principale pericolo della permanenza a grandi altezze. L'organismo non ha la capacità di accumulare l'ossigeno, ma deve introdurre ad ogni minuto i 300 cmc. necessari al ricambio dei tessuti. L'assunzione di ossigeno da parte del sangue è in rapporto con la pressione parziale dell'ossigeno, che diminuisce con l'altezza. D'importanza decisiva però è non già la pressione dell'ossigeno nell'aria bensì quella negli alveoli del polmone, e questa è sempre inferiore a quella a causa della tensione del vapore acqueo. Così al livello del mare la pressione dell'ossigeno negli alveoli è di soli 100 mm. Hg. Sui 2000 m. è di 75 A 4500 m. è di 50 e ai 7000 m. è di soli 40 mm. Hg. Perciò la saturazione del sangue in ossigeno è scesa all'80 % tra i 4000-5000 m., al 70 % ai 7000 m., al 60 % agli 8000 m., al 40 % ai 10.000 metri. I primi 2000-3000 m. di altezza dal suolo sono quasi indifferenti per l'uomo: in tali zone esso non presenta in genere sensibili modificazioni funzionali. Sopra i 3000 e fino a circa 4000 m. l'organismo umano mette in attività una serie di reazioni che provocano meccanismi compensatori: aumento della frequenza e della profondità del respiro, aumento del battito cardiaco e del volume di sangue spinto ad ogni minuto nei vasi, svuotamento nel circolo delle riserve di sangue accumulate nella milza e nei capillari. Al disopra dei 4500 m. questi meccanismi compensatori non bastano più a coprire il deficit di ossigeno: la carenza di ossigeno, finora latente, si fa manifesta e provoca alterazioni funzionali, prima di tutto nel sistema nervoso centrale. Perciò diminuiscono la finezza dell'udito e della vista, si fanno ottuse la capacità di giudizio e di pensiero, si manifestano distrazione, assenza di critica e di memoria, mancanza di interesse, scomparsa degli impulsi e una alterazione senza motivo dell'umore nel senso di depressione o anche di euforia. Questi disturbi si manifestano in modo molto caratteristico nella scrittura. A queste altezze si hanno quindi soprattutto disturbi delle funzioni più elevate del sistema nervoso mentre la circolazione e la respirazione cercano con una maggiore attività di compensare la deficienza della capacità del sangue di legare l'ossigeno. Salendo ad altezze maggiori diminuisce sempre più la forza muscolare, cominciano a soffrire la circolazione e la respirazione, la coscienza si restringe, fino a che tra i 6000 e i 7000 m. la vita è in serio pericolo (« soglia critica »). Solo la somministrazione di ossigeno può salvare la vita, purchè essa avvenga non oltre pochi minuti dall'inizio dei disturbi gravi: se la permanenza alle altezze pericolose si protrae più di alcuni minuti senza che venga dato l'ossigeno, i danni diventano irreparabili: convulsioni, paralisi, morte. Sia la « soglia critica » che l'altezza a cui compaiono i primi disturbi variano alquanto a seconda di fattori individuali (età, assuefazione, alimentazione, stanchezza, alcoolismo, ecc.): e poichè i primi segni di allarme non vengono avvertiti da chi vola, si dovrà sempre somministrare ossigeno a cominciare dai 4000 metri di altezza. P.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

R. Gaube. *L'Anémie Hémolitique avec Hemoglobinurie-Hemosiderinurie. Maladie de Marchiafava-Micheli.* Librerie Le François. Paris, 1938.

La completa monografia di Gaube tratta in modo esteso quella forma morbosa descritta per primi dai nostri Marchiafava e Micheli e che va sotto il nome di anemia emolitica con emoglobinuria emosiderinuria.

Questa forma morbosa i cui casi vanno sempre più aumentando nella letteratura mondiale, chiarisce le forme che prima erano erroneamente comprese nelle anemie emolitiche pure o nelle forme atipiche di emoglobinuria da freddo.

Questa malattia colpisce i soggetti piuttosto giovani, comincia sia con anemia progressiva, quanto con crisi di emoglobinuria, oppure con anemia ed emoglobinuria associate, essa, come è noto è essenzialmente caratterizzata dalla coesistenza di ittero ed anemia e da una sindrome emoglobinuria emosiderinuria. L'ittero è senza decolorazione delle feci, la splenomegalia generalmente manca, l'anemia è spesso di tipo ipercromico, megalocitico, essa è scarsamente o affatto influenzata dalla terapia, aumenta per poussée successive assieme all'ittero, dopo le crisi emoglobinuriche. Frequente è l'emoglobinuria a ritmo notturno, prolungata o permanente. Dato classico stabilito da Marchiafava è l'emosiderinuria variabile ma permanente.

In capitoli separati è esaminata estesamente la sindrome ittero anemica, e quella emoglobinuria emosiderinuria, le forme cliniche, l'evoluzione, la patogenesi, la prognosi e l'anatomia patologica.

Va data lode all'A. per l'esposizione chiara e completa e per la raccolta di tutti i casi finora descritti di questa sindrome la cui identificazione nel gruppo delle anemie, itteri emolitici è vanto di due grandi clinici italiani.

Corelli.

C. Verdina. *La distribuzione topografica del micobatterio del tubercolo nell'organismo.* Un vol. in-8° di 292 pagg. Ed. Minerva medica, Torino, 1938. L. 30.

Questione che si va dibattendo da anni quella della tubercolosi come malattia genera-

---

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

le o come affezione essenzialmente localizzata. I nuovi apporti di Löwenstein sembrano indirizzare piuttosto verso la prima ipotesi; ma lo studio obbiettivo dell'argomento ed una serrata e serena critica, come li svolge l'A. in questa sua pregevole monografia, ci portano ad una concezione intermedia, più adeguata alla realtà, pur tenendo presente la grande importanza della stretta localizzazione.

L'A. esamina così — col sussidio di una ricchissima bibliografia — l'eliminazione bacillare attraverso organi sani (ammessa in via eccezionale), la batteriemia specifica nel corso dell'infezione tubercolare (ammissibile, ma in modeste proporzioni) e la disseminazione bacillare nell'organismo tubercoloso, ammissibile anch'essa, ma soltanto a gettate saltuarie e difficilmente riconoscibili.

Esposizione sintetica, chiara ed esauriente dell'importante questione. *fil.*

K. KLARE. *Tuberkulosefragen.* Gedanken und Betrachtungen. Un vol. in-16°, di 70 pagg., rileg. G. Thieme, Leipzig, 1939. RM. 3,25, col 25 % di sconto per l'estero.

In brevi capitoli staccati, l'A. espone delle considerazioni sopra varie questioni che si presentano nella tubercolosi; argomenti non tanto tecnici, ma piuttosto sociali e d'indole generale. La tecnica non è tutto per i tubercolosi; occorre, invece una vasta ed integrale visione del problema ed è questa che si affaccia alla lettura di questo libro, in cui per ogni questione trattata, l'A. ha esposto il suo pensiero. Egli si occupa così del giovane medico in rapporto con i problemi della tubercolosi, della formazione del medico per tubercolosi, dei sanatori in relazione al lavoro scientifico, dei minacciati dalla tubercolosi, della razza e costituzione in rapporto a questa, ecc. L'elevato senso umano dell'A. ci appare alla lettura del capitolo sul ricovero coatto dei tubercolosi (se ne parla molto in Germania), che egli vorrebbe limitato ai soli antisociali, altrimenti si corre il pericolo di tenere ancor più occultati molti dei tubercolosi. Soltanto chi sta in intimo contatto con i tubercolosi come terapista — egli osserva — conosce quanto sapere scientifico, quanto tatto medico e quanto senso di calda umanità siano necessari per trattare a dovere tali malati. *fil.*

H. BEUMER. *Ueber die Ernährung des Säuglings.* II Edizione. Un vol. in-8° di 40 pag. G. Thieme, Leipzig. Prezzo RM. 2 (25 % di sconto).

L'A. sostiene essenzialmente l'utilità del latte biologicamente inacidito per l'alimentazione del poppante, in sostituzione od in aggiunta del latte materno. Espone la tecnica del suo metodo ed i buoni risultati ottenuti, fra gli altri, in un prematuro che da 900 gr. è stato portato, in 16 settimane, a 2300.

Come accade spesso negli odierni lavori tedeschi, i prodotti indicati sono delle specialità, ciò che limita la generalizzazione del sistema consigliato. *fil.*

BICKEL A. *Die Brotnahrung des Deutschen Volkes und seines Heeres.*, vol. 8°, di p. 64, G. Thieme, Lipsia. MK. 2,20.

Questo fascicolo contiene ampliata una conferenza fatta dall'A. alla Soc. Med. di Berlino. Vi è esposto fondamentalmente il problema della equivalenza qualitativa delle albumine alimentari, per la dinamica del ricambio intermedio, ma le conclusioni si riferiscono particolarmente al popolo tedesco, essendo gli esperimenti stati fatti con pane di segala e di frumento in uso appunto presso l'Esercito ed il Popolo del Reich.

L'A. ha elaborato un metodo personale che consente lo studio più dettagliato non solo dell'influenza della qualità delle proteine alimentari sul met. int. sopratutto durante l'esercizio muscolare, ma anche delle singole sostanze azotate portate nell'organismo dalla farina e dal pane.

Il metodo si basa sul dosaggio dell'azoto, del carbonio e dell'ossigeno urinario, con formulazione dei quozienti C:N e O:N.

Sebbene i risultati ottenuti dall'A. abbiano, come è detto nel titolo del lavoro, valore prevalentemente per il vitto del popolo tedesco, pure la lettura ne è interessante anche per noi, perchè vi si impara un pregevole metodo di ricerca per i problemi dell'alimentazione, anche da noi oggi all'ordine del giorno (vedansi gli Atti dell'ultimo *Convegno Volta*, Roma, 1937). M. COPPO.

O. GSELL. *Abortive Poliomyelitis.* Edit. Thieme, Lipsia, RM. 6.70.

La malattia di Heine-Medin può manifestarsi con forme atipiche, abortive, non paretiche il cui accertamento tempestivo ha una enorme importanza dal punto di vista della profilassi.

In base ad una numerosa casistica raccolta in varie epidemie l'A. ha potuto fissare i segni clinici che consentono di fare la diagnosi prima che compaiono i fatti paretici e diagnosticare le forme nelle quali le paralisi non compaiono mai.

Tali forme hanno un notevole interesse in quanto i pazienti costituiscono una sorgente finora insospettata di contagio e rappresentano il più effettivo pericolo.

La monografia è bene impostata e costituisce la messa a punto di un'assillante questione.

È di grande utilità per i medici pratici e per gli igienisti. DR.

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLVI Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

(Ore 15, 6 nov. 1939)

Il prof. L. TORRACA apre la seduta rivolge ai Colleghi parole di benvenuto e legge telegrammi di adesione del prof. Bastianelli e del prof. Pedotti.

Il prof. CATTERINA commemora con commosse parole la morte del prof. Eiselsberg.

Chirurgia delle Surrenali

Prof. L. DURANTE (Genova).

(*Conclusioni*)

Vi sono 5 interventi attraverso i quali si può limitare o sopprimere la funzione della ghiandola surrenale senza interessare direttamente il parenchima:

1. La enervazione attraverso la neurotomia degli splancnici;
2. La enervazione attraverso gangliectomie toraciche, celiache e lomboaortiche;
3. La enervazione iuxtaghiandolare;
4. La legatura dei peduncoli arteriosi;
5. La legatura della vena capsulare.

Vi sono 3 interventi attraverso i quali si può limitare la funzione e ridurre il parenchima surrenale inscindibilmente nelle sue due componenti: sostanza midollare e sostanza corticale:

1. La surrenalectomia totale e parziale unilaterale;
2. La surrenalectomia totale unilaterale e parziale controlaterale;
3. La surrenalectomia parziale bilaterale.

Vi è un solo intervento elettivo che sopprime una delle due componenti lasciando integra l'altra:

I. La midollectomia.

Vi sono tentativi di trapianto della surrenale etero, omeio ed omoplastici con risultati incerti.

Non si conoscono mezzi di attivazione diretta della surrenale, ma solo indiretta attraverso la decorticazione dei bulbi carotidei.

Resezione dei nervi splancnici nella ipertensione essenziale. — Occorre vagliare il problema diagnostico e quello della indicazione. Il problema tecnico verte soprattutto sulla scelta fra la unilateralità o la bilateralità della neurotomia. Sicuramente si possono ottenere degli esiti brillanti con resezioni unilaterali di sinistra nel piano tecnico originario di Pende. Questi casi rispondono in massima alle fasi iniziali prevalentemente funzionali del male. Nelle fasi un po' più inoltrate la neurotomia unilaterale abitualmente non riesce più a portare sensibili e duraturi benefici, in queste condizioni può ancora rispondere bene la neurotomia bilaterale. In fasi ancora più inoltrate le neurotomie non rispondono più.

La neurotomia pura degli splancnici fu praticata in oltre 400 casi delle varie forme di ipertensione.

La resezione degli splancnici nella ipertensione maligna. È stata praticata quasi esclusivamente da Crile; 10 volte bilateralmente, 8 unilateralmente a sinistra, con risultati poco incoraggianti.

La resezione dei nervi splancnici nelle turbe della vasomotilità e nelle endoarteriti obliteranti dei vari tipi. — In tutti i casi l'intervento ha dato migliorie locali e generali sicure, specie nell'ambito dolorifico e vasospastico, sempre immediate, qulche volta durature, specie nella sindrome del Raynaud.

Ma la resezione degli splancnici, come del resto tutti gli interventi diretti sulla surrenale, non ha potuto far retrocedere una gangrena quando le lesioni arteritiche avevano già bloccate le vie principali e collaterali. Hanno però limitato e dilazionato l'una e l'altra quando nella ischemia vi era ancora una componente spastica.

La resezione dei nervi splancnici nel diabete. — È stata tentata in pochi casi senza apporto di alcun dato decisivo e fu subito sostituita dalla enervazione iuxtaghiandolare perchè più completa.

La resezione dei nervi splancnici nell'ipertiroidismo ricorrente, nelle ulceri gastro duodenali e peptiche ribelli, nell'astenia neurocircolatoria, nella epilessia essenziale. — Il contributo operatorio a queste sindromi proviene quasi tutto dalla esperienza di Crile.

Per tutte le sindromi egli ha riportato delle alte percentuali di migliorie varianti dal 60 al 90 %.

La resezione dei nervi splancnici associata colla surrenalectomia — In molte sindromi dell'ipersurrenalismo midollare che hanno già oltrepassato la fase funzionale e si trovano in fase organica si ha l'impressione, dai risultati negativi della neurotomia isolata degli splancnici, che la via neurale non abbia più nessuna influenza sulla surrenale e che vi sia un funzionamento quasi autonomo influenzato più dalla via umorale che dalla neurale. Appaiono quindi più logici gli interventi diretti sulla surrenale e, nel dubbio che gli splancnici possano ancora trasmettere dei riflessi sulla vasomotilità addominale del tipo spastico, l'abbinamento dei due interventi.

Il problema della utilità di questo abbinamento è stato posto e non certo risolto dagli esiti non chiari, non concordi di una diecina di interventi.

La resezione degli splancnici unita a gangliectomie toraciche, lombari, celiache ed a surrenalectomie parziali. — La resezione delle radici degli splancnici unita alla asportazione dei tre ultimi gangli della catena laterale del simpatico toracico è stata quasi esclusivamente eseguita per correggere le varie sindromi ipertensive.

Una grande statistica che comprende 400 casi dà i seguenti risultati: nel 50 % riduzione della pressione e mite miglioria generale; nel 15 % una discesa quasi alla norma della pressione con più sensibile miglioria generale; nella rimanente percentuale nessuna modificazione. Una statistica molto più ridotta dà risultati cattivi in tutti i casi.

La resezione bilaterale degli splancnici unita alla asportazione bilaterale dei gangli semilunari, all'asportazione del plesso preaortico, e qualche volta all'asportazione del I ganglio lombare venne praticata 206 volte da Crile per correggere le varie forme dell'ipertensione, con risultati in migliorie nel 78 % dei casi e negativi nella rimanente percentuale.

La resezione bilaterale degli splancnici unita alla asportazione del I e II ganglio lombare ed alla resezione parziale delle surrenali venne eseguita nelle varie sindromi ipertensive da Adson. Gli esiti immediati furono ottimi nel 30 % dei casi, buoni nel 30, mediocri nel 15, nulli nel 25. Mancano gli esiti lontani.

Tecnica della resezione dei nervi splancnici. — La via lombare extra peritoneale è la più semplice, la più rapida, la meno traumatizzante perchè anche eseguibile senza la resezione della XII costa; è la più completa perchè permette di controllare anche la catena laterale del simpatico coi suoi primi tre gangli lombari, il ganglio semilunare e la surrenale corrispondente.

La enervazione iuxtaghiandolare nel diabete ed in altre sindromi. — La enervazione iuxtaghiandolare surrenale mono o bilaterale è l'intervento riduttore dell'attività midollare adrenalino-secretrice che la chirurgia ha scelto in linea elettiva per correggere gli stati iperglicemici del diabete pancreatico. Donati ha tradotto nella clinica l'esperimento di enervazione surrenale ideato da Ciminata. Con questo intervento si determina una sicura maggior tolleranza agli idrati di carbonio nell'uomo diabetico. Gli effetti ipoglicemizzanti della enervazione surrenale sono però transitori.

INTERVENTI SULLA SURRENALE PER EMORRAGIE O PER CISTI EMORRAGICHE. — Su 19 casi l'intervento è stato eseguito in 10 per via laparotomica, in 7 per via lombare extraperitoneale, in 2 per via mista.

La mortalità ha raggiunto il 20 %.

Pseudoermafroditismo femminile, pubertà precoce, virilismo, sindrome di Achard-Tiers. — La monosurrenalectomia praticata per sindromi ipercorticosurrenali ha dato risultati modesti. Nel 40 % dei casi non si sono verificate modificazioni apprezzabili. Nella rimanente percentuale sono riportate migliorie di dettagio, ma nessun cambiamento sostanziale in quello che è la saliente caratteristica della sindrome.

Ipertensione essenziale — Furono praticate 49 surrenalectomie in massima monolaterali, in minima bilaterali parziali, e 23 parziali bilaterali associate alla resezione degli splancnici, ad asportazione dei gangli semilunari e ad asportazione del I-II ganglio lombare.

I risultati delle 49 surrenalectomie pure danno 18 % di esiti buoni definitivi, 10 % di esiti buoni transitori, nella rimanente percentuale esiti mediocri o nulli o cattivi. Mortalità operatoria 7 %.

I migliori risultati sono derivati dalle surrenalectomie bilaterali parziali.

In 23 casi nei quali venne praticata la surrenalectomia bilaterale parziale con splancnicectomie e gangliectomie i risultati sono stati sostanzialmente identici a quelli delle surrenalectomie isolate.

Ipertensione maligna. — In questi casi la surrenalectomia isolata od associata alle neurotomie splancniche appare come un mezzo chirurgico più completo, alla semplice neurotomia splancnica più rispondente ad una possibile remissione della sindrome.

Endoarterite obliterante. — Gli interventi di surrenalectomia per endoarterite obliterante arrivano oggi quasi al migliaio.

Questa vasta esperienza operatoria consente un giudizio presumibilmente definitivo che si può esprimere nei termini seguenti:

1) La monosurrenalectomia parziale o totale, così come la surrenalectomia subtotale bilaterale hanno portato a risultati nei quali non si può apprezzare alcuna sensibile differenza col variare e progredire della asportazione del parenchima surrenale anche spinta fino al limite compatibile colla vita, vale a dire ad una ectomia dei ¾ di ognuna delle due ghiandole.

2) La grandissima maggioranza degli interventi ha colpito la malattia nelle fasi gangrenose, terminali dal punto di vista della lesione vascolare. Anche in questa fase i risultati immediati sono stati, quasi direi, miracolosi nel senso di una istantanea cessazione della sindrome algica periferica e splancnica, di un ritorno ad una pulsazione in arterie periferiche e ad una oscillometria già scomparse ad un certo miglioramento del trofismo locale; ma, nella maggioranza dei casi, cattivi sono stati gli esiti lontani oltre i due o tre mesi.

3) La comparsa del polso e di un indice oscillometrico in territori dove questi erano scomparsi, anche in queste fasi inoltrate della malattia, dimostra che nella determinante dei fenomeni distrofici e gangrenosi entra ancora come sicura componente una turba funzionale della vasomotilità.

4) I pochi risultati buoni a carattere permanente (10 %) provengono da interventi che hanno colpito la sindrome nello stadio prodromico o almeno nel periodo predistrofico.

5) I risultati soddisfacenti (20 % circa) nel senso di una remissione della sindrome algica periferica e splancnica e di un arresto della grangrena limitata a falangi o a dita dei piedi, hanno colpito sindromi attenuate nelle fasi di inizio della gangrena.

6) L'arteriectomia fu abbinata in due casi alla monosurrenalectomia parziale in casi di arteriti obliteranti prevalentemente delle arterie periferiche della gamba e con esito buono.

Sindrome di Raynaud. — Le basi fisiopatologiche dell'azione della surrenalectomia ci dimostrano una netta rispondenza correttiva sullo spasmo vasale.

Questa sicura azione avrebbe dovuto essere sfruttata meglio di quello che non sia avvenuto nelle turbe della vasomotilità delle quali la sindrome del Raynaud è l'espressione più tipica.

È strano invece costatare come la surrenalectomia sia stata esperimentata solo in pochi casi riferiti ad esito buono da Crile.

La surrenalectomia nella epilessia essenziale. — Sono 77 casi di interventi sulle surrenali con esiti modesti.

Anche qui, come il R. ha già appuntato per altre sindromi, la surrenalectomia è seguita da esiti modesti in quanto la turba presuntiva è in funzione non di tutta la ghiandola ma della sola midollare. La ectomia non deve essere quindi totalitaria ma parziale, limitata al solo elemento iperattivo rappresentato dalla midollare.

La surrenalectomia nelle crisi dell'ipertiroidismo, nelle astenie neurocircolatorie, nelle ulceri peptiche postgastroenterostomiche. — Le osservazioni sono tutte di Crile. Colla monosurrenalectomia egli ha ottenuto: nelle crisi di ipertiroidismo recidivo a tiroidectomie subtotali il 75 % di guarigioni; nelle astenie neuro-circolatorie il 93 % di miglioramenti; nelle ulceri peptiche postgastroenterostomiche intrattabili il 65 % di guarigioni.

La surrenalectomia del diabete. — I pochi tentativi chirurgici di surrenalectomie nei diabetici hanno dato risultati non incorraggianti, escluso uno di Chiasserini nel quale si è verificato un sensibile miglioramento.

La surrenalectomia nella tubercolosi unilaterale del surrene. — I pochi casi (4) riportati in letteratura di surrenalectomie per tubercolosi unilaterale, dedotta da lombotomie esplorative ebbero esiti impensatamente brillanti. Forse che l'asportazione di una surrenale lesa valga anche a preservare l'altra dalla stessa sorte?

È un nuovo capitolo che si apre al cimento chirurgico ancora in fase di esperimento o di ardimento.

La surrenalectomia e la adenomectomia nei tumori. *Tumori corticali.* — Nei casi con sindrome surreno-genitale, la surrenalectomia ha fatto regredire e scomparire la sindrome con sorprendente rapidità.

Gli interventi riportati in letteratura sono 47.

Nella sindrome ipertensiva pura la surrenalectomia in sede del tumore ha dato la remissione della sindrome.

La sindrome da insufficienza ghiandolare pura, nei rarissimi casi occorsi è stata legata a tumori epiteliali.

Tumori midollari. — Dei tre tipi di tumori midollari il solo paraganglioma, formato da cellule paragangliari cromaffini adrenalinogene, ha una sintomatologia caratteristica che è quello che importa.

La sindrome ipertensiva parossistica. — In questa sindrome accessionale la pressione arteriosa può raggiungere in pochi minuti, anche 310/180 per poi ritornare dopo ½ ora, un'ora alle quote normali preaccessionali.

L'intervento operativo è diretto a sopprimere la matrice dell'elemento ipertensivo rappresentato dal paraganglioma.

Non vi sono paragangliomi circoscritti e bene delimitati nella midollare da consentire, come nei tumori corticali, l'asportazione isolata. È sempre necessitata la surrenalectomia.

La letteratura ricorda 12 casi di intervento per paragangliomi surrenali ipertensivi dei quali solo 5 sopravvissero all'intervento.

Tecnica della surrenalectomia. — La surrenale può essere controllata attraverso tre vie: l'anteriore transperitoneale, la paraperitoneale, la extraperitoneale. La via posteriore lombare extraperitoneale è quella oggi seguita dalla grandissima maggioranza degli operatori.

La possibile mancanza di una seconda ghiandola impone in linea di doverosa prudenza necessità di conservare nella monosurrenalectomia un piccolo frammento di ghiandola.

Complicanze. — Possono derivare: 1) da mancanza di una seconda ghiandola; 2) da deficiente supplenza funzionale della residua; 3) da incidenti tecnici; 4) da condizioni anatomopatologiche inerenti alla ghiandola.

La mortalità operatoria globale della surrenalectomia per via lombare è del 10 %.

La midollectomia surrenale. *Tolleranza dell'organismo alla midollectomia surrenale.* — È dimostrato concordemente, per recenti ricerche sperimentali più precise delle imperfette e contraddittori passate, che anche la midollectomia bilaterale non determina delle gravi e permanenti turbe organiche, sempre quando sia rispettata e mantenuta una sufficiente funzione corticale. La midollectomia influisce sull'abbassamento della pressione e del tono vascolare, con maggiore accentuazione nei primi giorni dell'intervento.

La midollectomia nelle sindromi dell'ipersurrenalismo midollare. — Nelle sindromi dell'ipersurrenalismo midollare a me è sembrato più sicuro, più efficace sopprimere il focolaio di produzione dell'ipersurrenalismo attraverso la *midollectomia* da me eseguito per primo nel 1935.

Ho esperimentato la midollectomia unilaterale, dapprima in unione colla neurotomia degli splancnici e dopo isolatamente: nelle policitemie ipertensive tipo Geisböck, nella ipertensione essenziale e maligna, nella endoarterite obliterante giovanile in fase gangrenosa, nelle sindromi del Raynaud in fase funzionale pura ed in fase di gangrena.

Sindromi policitemiche ipertensive. — La midollectomia monosurrenale, trova indicazioni nelle pletore ipertoniche policitemiche in quanto abbassa il tono vascolare, riporta il numero dei globuli rossi a cifre anche al disotto della norma, riconduce il tasso della glicemia, della colesterinemia, dell'adrenalinemia a cifre sensibilmente minori, migliora le condizioni generali, trofiche, cinestesiche del malato. Solo l'ulteriore controllo potrà dire se questi esiti ottenuti in un caso, sono definitivi.

Sindromi ipertensive. — Ho esperimentato la midollectomia surrenale in 5 casi di ipertensione essenziale ed in due casi di ipertensione pallida maligna, associando o no la neurotomia degli splancnici omolaterali.

Gli esiti immediati e tardivi sono stati buoni. Ma ho avuto impressione che gli esiti dei due casi di ipertensione essenziale trattati colla midollectomia pura siano stati anche migliori.

Endoarterite obliterante giovanile. — In 8 casi di endoarterite obliterante giovanile, tutti in fase avanzata con gangrena ho praticato 7 volte la midollectomia monosurrenale pura ed in uno l'ho associata alla neurotomia degli splancnici.

Gli esiti immediati sono stati sorprendentemente buoni perchè il fattore angiospastico continuo o accessionale, che domina in tutto il ciclo evolutivo dell'endoarterite obliterante, ha avuto una sensibilissima permanente remissione dalla midollectomia.

Gli esiti lontani furono invece meno buoni; e l'intervento, se ha dilazionato le amputazioni, nella maggioranza dei casi, non le ha impedite.

Questi esiti lontani non devono però meravigliare e vi è un solo mezzo per migliorarli: sorprendere con l'intervento la malattia nelle fasi iniziali.

Sindromi del Raynaud. — Gli esiti immediati e tardivi della midollectomia pura (3) o associata alla neurotomia degli splancnici (5) in 8 casi di sindromi del Raynaud furono tutti buoni; ottimi in quelli colpiti nella fase pura funzionale (3).

I 24 interventi di midollectomia surrenale monolaterale da me praticati nelle varie sindromi dell'ipersurrenalismo midollare dimostrano che la midollectomia è perfettamente fattibile nell'uomo.

Nemmeno essa però è l'intervento ideale perchè non colpisce la causa prima della turba neuro-endocrina ma la materia attraverso la quale si completa il ciclo produttivo della sindrome.

Nella assoluta impossibilità di colpire il punto di partenza delle turbe dell'ipersurrenalismo midollare, la midollectomia rimane in oggi l'intervento migliore.

Tecnica della midollectomia. — La midollectomia venne da me eseguita sempre per via lombare extra peritoneale. I tempi dell'intervento sono identici a quelli della surrenalectomia fino al tempo della individualizzazione della ghiandola. Individualizzata la surrenale, attraverso una piccola incisione corticale vengono successivamente introdotti vari cucchiai in modo da svuotare tutto il contenuto midollare.

Nessuna grave complicanza operatoria mi è occorsa in 24 casi.

IL TRAPIANTO SURRENALE. *Il trapianto nelle sindromi iposurrenaliche.* — Solo nelle sindromi deficitarie classiche tipo Addison è stato largamente esperimentato il trapianto surrenale eteroplastico, omeioplastico, omoplastico sotto tutte le incidenze tecniche e quasi sempre in cattive condizioni sia da parte del donatore che del recettore.

Le condizioni biologiche umane sono nettamente contrarie per l'attecchimento di un trapianto surrenale.

Nei casi di trapianto surrenale umano, se si eccettuano tre casi ad esito immediato buono ma di breve controllo, gli esiti immediati e tardivi sono stati nulli o cattivi.

Il trapianto nell'endoarterite obliterante. — Il trapianto surrenale in una sindrome di ipersurrenalismo tipicamente midollare è sembrato e può sembrare l'atto più illogico della chirurgia surrenale; l'illogicità è però solo apparente quando si pensi che nel trapianto eteroplastico l'unica parte che può conservare più a lungo integra la riserva ormonica è la corticale, mentre la midollare viene rapidamente ossidata e neutralizzata.

Orbene nella corticale è contenuto il più potente ormone ipotensivo antagonista dell'adrenalina. Si possono quindi spiegare i benefici effetti immediati del trapianto surrenale riscontrati in sei casi.

ATTIVAZIONE FUNZIONALE INDIRETTA DELLA SURRENALE ATTRAVERSO LA DECORTICAZIONE DEI BULBI CAROTIDEI.

Documentazioni concordi nell'ambito sperimentale attestano che la decorticazione dei bulbi carotidei, attraverso a complesse reazioni che si dipartono a livello delle zone vasosensibili bulbari, determina una spiccata iperplasia della cortecciа surrenale.

Questo riflesso morfologico lontano dalla decorticazione bulbare venne sfruttato con esito impensatamente buono, in un caso di iposurrenalismo Addisoniano.

Comunicazioni inerenti al tema di Relazione (*)

PLACITELLI G. (Bologna). *Ipertensione e ipertermie parossistiche. Surrenalectomia. Guarigione.*

PICCO A. e SCARTOZZI C. (Torino). *L'azione della follicolina nell'ipersurrenalismo sperimentale in rapporto con la patogenesi della gangrena spontanea giovanile.*

CHIASSERINI A. (Roma). *Interventi sulle surrenali: indicazioni e risultati.*

TOSATTI E. e FAELLI C. (Roma). *La puntura della ghiandola surrenale.*

PARRA S. (Roma). *Modificazioni istologiche nell'ipersurrenalismo sperimentale.*

Discussione sul tema di Relazione.

MARAGLIANO D. (Genova). — Possiamo distinguere una chirurgia delle surrenali ammalate ed una delle surrenali senza alterazioni determinate. Per i tumori della surrenale ricorda che alcune volte la prima manifestazione clinica si ha in tumori delle ossa qualche volta molto tempo prima che si possa avvertire il tumore ghiandolare.

Per ciò che riguarda la chirurgia delle surrenali sane dalla relazione risultano oggi: un punto d'arrivo cioè il fallimento degli interventi diretti od indiretti sulle surrenali per la cura dell'endoarterite obliterante e diversi punti di partenza per muovere verso buoni risultati in altre malattie di supposta origine ipersurrenalica.

SCHIASSI F. (Bologna). — Si deve riconoscere che la cura medica degli iposurrenalismi ha fatto notevoli progressi con l'uso degli estratti corticali e con i prodotti sintetici (acetato di deossicorticosterone).

Ritengo opportuno richiamare l'attenzione sull'ipertrofia dei surreni constatata nel diabete insipido, (non solo nel mio caso ma anche nel campo sperimentale), per considerare se sia giustificata la surrenalectomia parziale per la cura del diabete insipido. La nozione dell'origine diencefalo ipofisaria del diabete insipido non esclude

---

* Data la limitazione delle pagine, riportiamo il solo elenco.

che un simile intervento possa riuscire benefico, analogamente a quanto avviene con la tiroidectomia parziale delle ipertireosi, nella genesi delle quali v'è chi ammette una *primum movens* del processo morboso a sede diencefalica (Falta).

Chiasserini A. (Roma). — Non è d'accordo con quanto ha detto Maragliano sulla inutilità di curare i malati affetti da tromboangioite. Crede che con interventi adatti si possa in molti casi recare un notevole giovamento ai malati e ottenere anche delle vere guarigioni cliniche.

Quanto alla midollectomia crede che l'idea del Relatore sia buona, ma è d'opinione che la sua esecuzione sia assai aleatoria.

Pettinari V. (Milano). — Per quanto riguarda l'innesto delle surrenali l'O. ricorda come le sue ricerche sperimentali con la tecnica della desensibilizzazione di Castiglioni abbiano dimostrato come si può ottenere, a differenza che nei controlli, una buona conservazione non solo della corticale ma anche della midollare che è ancora presente a 50 giorni dall'impianto.

È d'accordo con il relatore nel considerare l'innesto di surrenali sconsigliabile nelle gangrene giovanili.

Come contributo alla conoscenza dei tumori della surrenale riporta un caso da lui operato. Si tratta di una bambina di 10 mesi che presenta un voluminoso tumore insorto all'ipocondrio sinistro. All'intervento, si è constatato che la neoplasia partiva dalla surrenale che si è asportata in blocco con il tumore con cui faceva corpo. L'esame istologico, ha dimostrato trattarsi di un tumore midollare del gruppo dei neuroblastomi o simpatogomi fortemente immaturo.

Il reperto istologico spiega da un lato l'assenza di tutta la sintomatologia propria ai soli tumori corticali, la grande malignità della forma e gli interni rapporti con la surrenale.

Ruggieri E. (Roma). — L'esperienza che ha la Scuola del prof. Paolucci nei riguardi della surrenalectomia come cura della tromboangioite obliterante, induce l'O. a ritenere che questo intervento abbia ancora diritto ad una ulteriore e più larga sperimentazione. Su 12 surrenalectomie, operate a Bologna e a Roma, si contano 3 casi di guarigione sicura, assoluta e persistente a distanza di anni. Si trattava, in questi casi, di malattie all'inizio e di lesioni gangrenose poco estese. Cosicchè l'O. pensa che in queste circostanze la surrenalectomia possa essere tentata con possibilità di successo, nella presunzione che le condizioni circolatorie dell'arto non siano ancora definitivamente compromesse.

L'O. accenna infine che nella Clinica Chirurgica di Roma in questo anno è stata sperimentata con vantaggiosi risultati una cura balneoterapica, associata ad un particolare sistema di dinamizzazione delle pareti arteriose, e ad una dieta altamente vitaminizzata (vitamina C).

Prof. L. Durante (Genova). (Risposta). — È d'accordo col prof. Maragliano circa l'esito dei nostri interventi surreno-simpatici nella endoarterite obliterante giunta alla fase organica gangrenosa. Ma poichè questa malattia ha un lungo ciclo evolutivo che inizia col vaso spasmo e si chiude con una endoarterite proliferativa obliterante è evidente che l'intervento per essere efficace, deve colpire la prima fase, la fase prevalentemente funzionale del male, e non quando le arterie sono ridotte ad un cordone pieno di connettivo e fibre amieliche irritate.

Di mano in mano che ci allontaniamo da questo periodo in cui predomina l'elemento spastico vasale i nostri interventi qualunque essi siano: neurotomie, gangliectomie, surrenalectomie, midollectomie rispondono poco, non rispondono più o anche peggiorano le condizioni in atto.

Questo rilievo ha riprova in dati clinici: perchè, ad es., Paolucci ha potuto riportare tre vere guarigioni controllate da più di tre anni su quattro interventi di surrenalectomia nelle sindromi in parola?

Perchè — come risulta dalle storie cliniche relative — le indicazioni operatorie sono state poste precocemente in fase pregangrenosa per felice congiuntura di malati che si sono presentati in questa fase e per la sapienza della indicazione operatoria.

Nel quarto caso invece — dove esisteva una diffusa endoarterite obliterativa periferica e splancnica con gangrena avanzata di un piede — la surrenalectomia ha peggiorato la situazione, se come difatti è avvenuto la gangrena si è subito estesa il giorno dopo alla gamba.

Il giudizio, poi, del prof. Chiasserini sulla aleatorietà della midollectomia avrebbe forse ragione di essere se questo intervento non fosse stato da me praticato 24 volte con sicuro e documentabile esito positivo tecnico e clinico — come la chiara cinematografia dell'intervento ora svolta in parte dimostra.

La documentazione dell'efficacia tecnica dello svotamento midollare si può sempre avere quando — invece di pulire il cucchiaio raschiatore in una garza — si raccolga il materiale su di un vetrino e quando si approfondi il cucchiaio in tutte le direzioni della compagine surrenale in modo da avere la sicura sensazione delle dimensioni della cavità svuotata.

In qualche grossa surrenale si può anche introdurre la punta del piccolo dito raggiungendo così la prova che ricorda quella di S. Tommaso.

Non si può giudicare dagli estremi tecnici di un intervento se non si è provato e riprovato.

La denominazione stessa di « capsula surrenale » data dagli anatomici alla ghiandola dice con quanta facilità la midollare si stacchi e si colliqui lasciando la capsula di invoglio rappresentata dalla corticale.

Il collega Ciceri (comunicazione personale) darà fra breve comunicazione scritta dell'efficacia tecnica e clinica di questo nuovo intervento.

Ringrazia e si compiace col collega Pettinari.

Al prof. Ruggeri. Nella mia relazione scritta e nella risposta al prof. Maragliano ho già ricordato — perchè ne ho subito rilevato la importante significazione clinica — i tre casi del prof. Paolucci.

Essi riproducono una sindrome dell'ipersurrenalismo midollare ad orientamento obliterante vasale nella fase prodromica pregangrenosa. Non poteva quindi mancare un esito felice dell'intervento surrenale.

(*Continua*) P. Stefanini

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le affezioni croniche della cistifellea ed il loro trattamento.

Le affezioni croniche della cistifellea sono assai frequenti e spesso misconosciute; circa la frequenza, Blackford arriva ad ammettere che una metà degli adulti dopo i 30 anni ha una cistifellea anormale e che un quinto soffre di calcoli. La diagnosi è spesso malagevole; indubbiamente, la colecistografia può essere di valido aiuto, ma un metodo alta portata del medico pratico, cioè la ricerca e l'analisi dei sintomi presentati dal paziente porta frequentemente a riconoscere la malattia.

Il sintoma più costante, come osserva T. A. Kean (*Med. World*, 7 aprile 1939) è la flatulenza, con senso di distensione dopo i pasti ed eruttazione di gas inodori; l'aerofagia si trova anche in altre condizioni, ma è particolarmente frequente nella colecistite cronica.

Altro sintoma importante è il dolore, che si manifesta nella metà circa dei casi alla regione cistica; altre volte, esso è invece accusato all'epigastrio, irradiandosi al margine costale destro ed alla scapola destra. Insorge irregolarmente ed indipendentemente dai pasti (differenza dall'ulcera gastrica e duodenale). Comune è la pirosi; si hanno, poi, talora degli spasmi del colon e vaghi disturbi all'epigastrio; i primi possono determinare una forma di costipazione spastica.

Importanti sono i disturbi cardiaci, il più spesso consistenti in tachicardia ed extrasistoli, per distensione gastrica; ma talora vi è concomitante una malattia organica del miocardio, in rapporto ad alterazioni dei vasi coronari; le due malattie hanno spesso la stessa origine da infezioni focali. Fra i sintomi nervosi, sono da menzionare la fatica, la depressione, l'anoressia e l'insonnia.

Dei segni fisici, è importante la resistenza muscolare alla pressione in alto ed all'esterno, nell'angolo pancreatico-duodenale; con la palpazione bimanuale si può avvertire la tensione della cistifellea. Utili indicazioni può dare anche l'esame del succo duodenale; nei casi incerti, si ricorra alla colecistografia.

Per la cura, oltre all'eliminazione degli eventuali foci infettivi, si ricorra anzitutto alla terapia medica, riserbando quella chirurgica ai casi in cui questa fallisce e tenendo presente che, pur senza parlare del rischio operatorio, non sempre essa fa scomparire del tutto i disturbi.

Per il trattamento medico è molto in voga attualmente l'urotropina (o prodotti analoghi), che si dà a forti dosi, coadiuvandone l'azione con la somministrazione di solfato di magnesio e di olio di oliva. Molto utile, secondo l'A. citato, è una combinazione di varie sostanze di uso comune nelle malattie epatico-biliari (solfato di magnesio, solfato di sodio, sena, olio di arachide) con altre ad azione specialmente carminativa (Curcuma, Anchusa). A quanto pare, essa ha una duplice azione di ridurre la viscosità della bile intensificandone l'eliminazione e di esplicare un'azione antisettica sulla cistifellea e sui dotti biliari. Con la somministrazione del preparato (Anticalcolum) che ha una ricca letteratura in Germania, nella maggior parte dei casi, a detta dell'A. ed anche di C. Howard (*Med. presse and circ.*, 1938, pag. 290) scompaiono rapidamente i disturbi e sono rare le recidive; evidentemente, il paziente non dovrà dimenticare di essere un epato-biliare e dovrà quindi seguire la dieta adatta. *fil.*

Chirurgia della cistifellea.

Lavoro di revisione dei 512 interventi sulla cistifellea e le vie biliari eseguiti in 12 anni nell'Ospedale Vanderbilt.

Le operazioni vanno così divise: colecistectomia 351 con una mortalità operatoria del 2,6 %; colecistostomie 54 con 14,8 % di mortalità, operazioni per ostruzione calcolosa del coledoco 31 con 17 %; colecisto-gastrostomie per tumore della testa del pancreas 21 col 14 %; colecistectomie in forme morbose addominali associate 55 (mortalità 18,2 %).

Brooks B. e Wyatt T. E. (*Annals of Sur.*, fasc. 3, 1939) hanno evitato il più possibile di operare a caldo, il taglio di norma per le colecistectomie fu il paramediano destro. Fu posto quasi sempre un drenaggio a sigaretta nel letto della cistifellea, essendosi osservato che la ferita laparatomica si chiude nello stesso tempo anche in casi senza drenaggio. Riportano poi i risultati a distanza da 1 a 12 anni dopo l'intervento fuorchè di 38 casi di cui non sono riusciti ad avere notizia.

Considerano guariti coloro che non hanno più avuto dopo l'operazione disturbi e che non hanno bisogno di alcuna restrizione dietetica; migliorati quelli che non hanno digestione perfetta e devono seguire una dieta speciale, non migliorati gli altri anche se non hanno più vere coliche epatiche.

Fra i colecistectomizzati per colecistite calcolosa con gravi e medie alterazioni patologiche della cistifellea hanno avuto il 76 % di guarigioni perfette ed il 2,7 % di non migliorati. I risultati sono inferiori nei colecistectomizzati per colecistite alitisiaca con cistifellea gravemente alterata (69 % di guariti; 4 % non migliorati).

Molto peggiori sono i risultati nei colecistectomizzati la cui cistifellea aveva lesioni molto scarse. I guariti sono appena il 48 % ed il 14 % rappresentano coloro che dall'intervento non hanno tratto alcun beneficio. Nelle cole-

cistectomie eseguite per indicazioni disparate hanno avuto 55 % di guariti e l'11 % di non migliorati.

Gli AA. concludono quindi confermando ancora una volta che i risultati della colecistectomia variano in modo inverso alla gravità della lesione per cui si è operato. Che la colecistostomia sia come mortalità che come risultati a distanza è stata ormai nettamente superata dalla colecistectomia.

Ciò nonostante vi sono ancora casi nei quali la colecistostomia ha la sua netta e precisa indicazione. D'AGOSTINO.

Quel che occorre sapere della vitamina P-P.

Secondo L. Babonneix (*Gazette des Hôpitaux*, 20 settembre 1939) la vitamina P.-P. è l'acido nicotinico che esiste, in grande quantità, negli estratti epatici sotto forma di amide nicotinica o nicotinamide: viene provvisoriamente classificata tra le vitamine idrosolubili.

Tra le proprietà biologiche generali, ancora poco conosciute, ricordiamo la sua funzione attivatrice della crescenza e soprattutto la parte che essa prende alla respirazione cellulare.

Le principali proprietà fisiologiche di questa vitamina sono le seguenti: aumenta la motilità e la secrezione gastrica, provoca una vaso-dilatazione localizzata alla testa e al collo, accelera la crescenza, è indispensabile al funzionamento del sistema nervoso centrale, esercita una azione nella difesa dell'organismo contro i fattori di anemia grave, interviene nel metabolismo delle porfirine, si oppone ai disturbi derivanti da uno squilibrio alimentare.

Tra gli alimenti che contengono la vitamina P.-P. vengono in prima linea il bue (fresco o conservato), l'estratto epatico, il salmone in iscatola, il succo di pomodoro e in seconda linea i cavoli, gli spinaci, il latticello, ecc.

Indicazioni terapeutiche. La più importante è la *pellagra* in cui questa vitamina determina miglioramenti spettacolosi, sia che si tratti di forme comuni, sia di forme fruste. Ottimo rimedio si è dimostrata anche contro le *afte recidivanti della bocca* e buoni effetti si ottengono anche nella *sprue*, in cui i disturbi gastroenterici sono predominanti. Alcuni Autori hanno anche applicato con successo la terapia con l'acido nicotinico contro le porfirinurie. Inoltre la vitamina P.-P. è indicata nelle radiodermiti e migliora parecchie affezioni mentali: stati confusionali e depressivi, psicastenie, ecc.

L'acido nicotinico si trova in commercio sotto forma di amide nicotinica in fiale da gr. 0,10 e in compresse da g. 0,05 e può essere adoperato, a seconda dello stato clinico, con tre posologie diverse.

1) Dosi forti eccezionali: radiodermiti, porfirinurie, pellagra e forme gravi di avitaminosi P.-P.: da 10 a 20 compresse da 5 ctgr. prese in 3-4 volte nella giornata.

2) Dosi medie usuali: disturbi gastroenterici, affezioni cutanee: da 2 a 8 compresse da 5 ctgr. (2 compresse prima dei pasti).

3) Dosi deboli (bambini): da 1/2 a 2 compresse da 5 ctgr. al giorno secondo l'età.

La via sottocutanea o intramuscolare è utile quando si vuol ottenere un effetto rapido ed intenso e nei soggetti che presentano una intolleranza gastrica assoluta: da 1/2 a 1 fiala, 1-3 volte al giorno.

Durante la terapia con l'acido nicotinico è necessario associarvi un regime abbondante e ben equilibrato da cui sarà bandito l'alcool. F. TOSTI.

L'inalazione di ossigeno assoluto.

W. M. Boothby, C. W. Mayo e W. R. Lovelace della Mayo Clinic (*Journal Amer. Med. Assoc.*, 5 agosto 1939) preconizzano l'uso dell'ossigeno al cento per cento nella cura e nella prevenzione dello shock traumatico e chirurgico, della distenzione addominale, della cefalea da encefalografia, di alcune forme di emicrania, dell'edema pulmonare, del collasso massivo del pulmone, dell'embolia pulmonare, dell'angina pectoris e di altre cardiopatie, delle infezioni anaerobiche generali (gangrena gassosa, tetano) e locali.

Per praticare l'inalazione possono utilizzarsi due tipi di maschera: una esclusivamente nasale che permette di parlare, mangiare o bere durante l'inalazione, e una che copre la bocca ed il naso indicata per gli individui con occlusione nasale o abituati a respirare con la bocca.

La durata dell'inalazione dell'ossigeno al cento per cento non dove superare i due giorni, dopo dei quali si comincerà a somministrarlo diluito. La diluizione si ottiene mediante un apposito dispositivo. La quantità di ossigeno assoluto è di quattro litri al minuto per gli adulti.

Il metodo adoperato in parecchie centinaia di pazienti non ha mai dato luogo ad inconvenienti, non ha mai prodotto irritazione pulmonare. Ha sulla tenda ad ossigeno il vantaggio della maggiore semplicità e del minor costo. DR.

MEDICINA PREVENTIVA

Sopra i nuovi metodi di lotta contro il tetano. Siero-vaccinazione. Siero-anatossiterapia. Prevenzione per mezzo delle soluzioni di antitossina tetanica.

Ramon G. (*Presse médicale*, 21 giugno 1939) fa osservare che le ricerche eseguite negli ultimi quindici anni, le quali hanno preso come base di partenza la scoperta della anatossina tetanica, hanno condotto alla applicazione di nuovi metodi di trattamento specifico della

tossiinfezione tetanica, metodi creati al di fuori della vaccinazione antitetanica propriamente detta e delle vaccinazioni associate. Essi sono la siero-vaccinazione, la siero-anatossiterapia, la prevenzione d'urgenza fatta con soluzioni saline d'antitossina tetanica.

La siero-vaccinazione, che si esegue mediante l'iniezione simultanea di siero antitetanico e di anatossina specifica, seguita da numerose iniezioni di quest'ultima, fornendo la possibilità di far seguire senza interruzione l'immunità attiva a quella passiva, avrà un'azione protettrice del ferito nell'attesa della vaccinazione.

La siero-anatossiterapia del tetano dichiarata, che consiste nell'iniettare al malato una dose unica e massiva di siero antitetanico e di dosi susseguenti di anatossina, è capace di contribuire alla guarigione e di mettere l'individuo al riparo da ricadute e recidive.

Inoltre la pratica della vaccinazione per mezzo della anatossina tetanica nel cavallo, così come l'utilizzazione di sostanze (tapioca) coadiuvanti, hanno permesso di raggiungere in questo animale una produzione rapida e intensiva di siero antitetanico destinato all'uso terapeutico, grazie anche alla modificazione delle tecniche di iperimmunizzazione.

Il fatto di aver potuto ottenere questo siero che possiede un potere antitossico molto elevato ha dato la possibilità di preparare delle vere « soluzioni di antitossina tetanica » povere in proteine, l'uso delle quali sembra, secondo la recente esperienza, capace di diminuire gli accidenti da siero sia nella frequenza che nella gravità. La lotta contro il tetano può essere condotta con nuovi mezzi, dimostratisi efficaci e meno offensivi.

BENDANDI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sul contenuto in B_1 del sangue col test biologico sul fungo Phycomyces Blaksleeanus.

G. Cuhr (*Klin. Wochenschr.*, 29 luglio 1939) osserva che per avere una esatta cognizione del ricambio della aneurina è necessario determinare il contenuto del sangue in B_1. I metodi chimici danno un margine di errore di almeno 25-30 %: molto più esatti sono i metodi biologici che si basano sul fatto che alcuni microrganismi si sviluppano nei liquidi culturali solo in presenza di vitamina B_1. Tra i microrganismi il più adatto per tali ricerche si dimostrò il phycomyces Blaksleeanus. Con tale metodo si trova che il contenuto normale del sangue in B_1 è di 8 γ %: esistono ampie oscillazioni fisiologiche. Anche in persone del tutto sane la vitamina B_1 può mancare nel sangue o esistere solo in tracce: da tale reperto non è lecito diagnosticare una ipovitaminosi B_1. Durante la gravidanza e il puerperio si ha una netta diminuzione della vitamina B_1 del sangue; nessuna differenza si constata a tale riguardo tra la gravidanza normale e le gravidanze complicate da iperemesi, questo stato non si può quindi mettere in rapporto con una ipovitaminosi B_1. I pazienti affetti da carcinoma presentano una netta diminuzione o assenza completa della vitamina B_1 nel sangue, specialmente con il progredire della cachessia; però anche in casi di cachessia gravissima il contenuto vitaminico B_1 del sangue può essere normale. Neppure con questa prova biologica esatta è possibile chiarire il problema del ricambio della aneurina. I rapporti del suo ricambio intermedio sono complicati: mentre per le altre vitamine con le prove di carico si può determinare il bilancio fino all'80-90 % della sostanza, per l'aneurina questo è possibile solo fino al 20-30 %. Non è chiaro cosa avvenga con il 70-90 % della vitamina che non viene eliminato, è possibile che si formi del tiocromo nel ricambio intermedio. Nell'organismo potrebbero esistere le condizioni necessarie per la formazione di tiocromo, cioè la formazione durante il ricambio intermedio, di H_2O_2 e di prodotti di scissione della emoglobina che agirebbero da catalizzatori. Una questione che anzitutto sarebbe importante chiarire è se la fluorescenza propria degli organi sia determinata dal tiocromo.

P.

VARIA

I 40 anni dell'aspirina.

Si sono compiuti 40 anni da quando fu per la prima volta, in Germania, prodotta l'aspirina. Da secoli si usava un decotto di corteccia di salice, contro gli stati febbrili ed i mali di testa; verso la metà del secolo scorso il chimico francese Le Roux ne ottenne una sostanza, che aveva le stesse proprietà; il chimico italiano Pirio ne estrasse un acido, che disse salicilico, perchè derivato dal salice; nel 1853 il chimico tedesco Kohlbe riuscì ad ottenerlo per via sintetica. Nel 1899 se ne preparò l'aspirina o acido acetil-salicilico, che presenta i noti vantaggi sull'acido salicilico e sul suo sale di sodio. Il nome deriva dalla pianta *Spirea*, dalla quale cento anni prima un altro chimico, Löwing, aveva pure ottenuto l'acido salicilico, da lui detto acido spirico.

FORMULARIO.

Nei sudori dei tisici.

P. Neagos (*Miscarea med. romana*, maggio-giugno 1939) ha trovato molto giovamento con l'uso del rimedio consigliato da Hoffmann:

Bromuro di sodio	g.	2
Luminal	mg.	15

Si somministra la sera prima di coricarsi; di solito il sudore scompare già alla prima somministrazione che, eventualmente, può continuare per 1-2 giorni. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Consorzi provinciali antitubercolari. Bilanci 1940. Ricovero tubercolotici.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Gen. Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti e ad altre Autorità la seguente circolare n. 149 in data 7 nov. 1939-XVIII:

Entro il venturo mese di dicembre dovranno immancabilmente trasmettersi a questo Ministero per il prescritto esame i bilanci preventivi dei Consorzi provinciali antitubercolari per il 1940 per la cui compilazione valgono i criteri di cui alla Circolare n. 20300 20-34503 del 26 sett. 1937. In linea di massima rimangono immutate le percentuali delle singole categorie di spesa.

In caso di eventuali modifiche che le amministrazioni consorziali ritenessero opportune in ordine a peculiari esigenze locali, esse si dovranno motivare nella prescritta relazione illustrativa del bilancio.

Al bilancio dovrà allegarsi, oltre i consueti documenti, un prospetto dimostrativo della spesa effettivamente sostenuta distintamente per ciascuna attività preventoriale, svolta durante l'esercizio finanziario 1939, specificando nei riguardi del ricovero in preventorio o colonie, il numero dei bambini assistiti e l'istituto in cui i bambini stessi furono ricoverati.

Ricordo che è di spettanza del Consorzio prov. antitubercolare l'assistenza preventoriale in istituzioni a carattere permanente, mentre rimane riservata alla G.I.L. quella in colonie estive, siano esse diurne che temporanee.

La gestione del fondo destinato a ricovero di tubercolotici richiede una più rigida e bene intesa disciplina, adottando i seguenti criteri:

1) che la durata del ricovero in sanatorio o negli ospedali sanatoriali non ecceda il limite massimo di 6-9 mesi; oltrepassato il quale, gli infermi, che non hanno risentito alcun stabile miglioramento, si dovranno avviare ai reparti ospedalieri più vicini al Comune di loro residenza.

2) che i tubercolotici cronici riconosciuti irrecuperabili siano ricoverati fin dal principio in reparti ospedalieri.

Si ribadisce ancora una volta la opportunità del ricovero degli infermi allo stato iniziale specialmente quando essi siano privi di assistenza e di un'abitazione idonea alle loro condizioni (v. disposizioni ricordate nella circolare n. 20300.20 del 7 gennaio 1936). Se del caso, potrà corrispondersi alle loro famiglie, sul fondo destinato all'assistenza a domicilio, un assegno giornaliero della stessa entità di quelli corrisposti dall'I.N.F.P.S. ai propri assicurati (V. art. 16 del R D. 14 aprile 1939-XVII n. 636, convertito in legge con la legge 6 luglio 1939-XVII n. 1272). E ciò per rendere possibile il loro allontanamento dal lavoro, prima che vi siano costretti dall'aggravarsi dell'infermità.

Per agevolare tale importante provvedimento, sia pure limitatamente ai casi di assoluta e comprovata necessità, questo Ministero non sarebbe alieno dal concedere apposito contributo e al riguardo attende le proposte relative.

Quanto sopra vogliate portare a conoscenza del Presidente del Consorzio provinciale antitubercolare, curandone la scrupolosa osservanza.

CONCORSI.

Posti vacanti.

BELLUNO. *R. Prefettura.* Direttore presso il Laborat. prov. d'igiene e profilassi; stip. L. 15.600; indenn. serv. att. L. 3900. Scad. ore 18 del 15 dic.

COMO. *R. Prefettura.* — Direttore del reparto med.-micrograf. del Laboratorio d'igiene e profilassi; servizio entro il termine che verrà fissato all'atto della comunicazione. Scad. 15 dicembre.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiologia e terapia fisica; proroga al 29 dic.; possono essere ammessi anche i sanitari non in possesso del diploma di specializzazione o titoli equipollenti.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Due posti di assistente medico chirurgo; stip. L. 5400; indenn. annua L. 1500; guardie L. 20; compartecipaz. Tassa L. 50,20. Assunz. servizio entro 30 gg. Scad. ore 18 del 31 dic.

MESSINA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit.; titoli ed esami; stip. L. 16.000 e 2 quadrienni di L. 800 e 1000, oltre supplem. serv. att. L. 4000; età limite 35 a.; tassa L. 50,20. Scad. 31 genn. 1940.

PESARO. URBINO. *R. Prefettura.* — Direttore del dispensario antivenereo municipale; scad. ore 12, 1 genn. 1940. Rivolgersi all'Ufficio sanit. prov. della R. Prefettura.

PORTOFERRAIO (*Livorno*). *Civico Ospedale Vitt. Em. III.* — Chirurgo primario direttore; concorso per titoli scadente il 23 genn. 1940; stip. lire 18.000 e 10 bienni ventesimo; c. v. Età limite 45 a. Assunz. serv. entro 30 gg. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

TORINO *R. Prefettura.* — Tre posti di direttore di dispensario antivenereo; stipendio L. 2850 oltre c. v.; L. 1500 per il servizio dell'assistente, su attestaz. dell'effettiva assunzione del servizio dell'assistente; scad. 15 dic.

NOMINE PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Carlo Gamna, direttore della R. Clinica medica di Torino, è stato recentemente nominato Membro del Consiglio Nazionale delle Ricerche e Membro corrispondente italiano dell'Accademia Medica Lombarda.

Il Console medico della M.V.S.N. comm. dott. prof. Carlo Baslini, primario oculista emerito, segretario provinciale del Sindacato Medico Fascista di Milano, è stato nominato Grande Ufficiale dell'Ordine di Sant'Uberto di Lorena e di Bar.

Anche il prof. Vito Massarotti, direttore dell'Istituto XXVIII Ottobre e Vice Presidente della Società di Medicina Sociale, nonchè Segretario generale dell'Accademia Medica Lombarda è stato insignito della Commenda di detto Ordine.

L'« Associazione nazionale della tubercolosi » degli Stati Uniti ha assegnato la medaglia Trudeau al dott. G. B. Webb, per i suoi tentativi diretti a produrre sperimentalmente l'immunità specifica contro la tubercolosi mediante un numero minimo di bacilli virulenti.

NOTIZIE DIVERSE

XXXVI° Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia.

Il Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia che nello scorso ottobre dovette essere rinviato a motivo del delicato momento internazionale è stato ora fissato per i giorni 27, 28, 29 e 30 dicembre 1939.

Il programma scientifico è il seguente:

1ª Relazione: « I sintomi ginecologici di processi morbosi extragenitali » (Prof. VOZZA).

2ª Relazione: « La terapia ormonica ovarica in ostetricia e ginecologia » (prof. MAURIZIO).

Saranno poi svolti i temi seguenti:

A) « Radiologia ostetrica e ginecologica » (prof. Bortini, prof. Quinto, prof. Robecchi);

B) « Il parto indolore » (prof. Dallera).

C) « I danni ginecologici delle pratiche anticoncezionali » (prof. Clivio).

I Soci possono presentare due comunicazioni, preferibilmente sul tema di relazione.

Si ricorda che il premio « Guzzoni degli Ancarani » di L. 2500 riservato ai Soci della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia che non siano professori titolari nè liberi docenti, verrà preferibilmente assegnato, nel 1939, ai lavori attinenti ai temi di relazione.

I lavori debbono essere presentati alla Presidenza della Società entro il 20 dicembre 1939.

Possono essere aderenti al Congresso i Soci delle Società regionali come qualsiasi medico.

La quota di adesione è fissata in L. 60 ed in L. 30 per i famigliari. Essa va inviata al Comitato Ordinatore del Congresso, R. Clinica Ostetrica e Ginecologica, Via Ventimiglia, Torino.

Gli aderenti Medici possono partecipare alla discussione e presentare una comunicazione.

I titoli delle comunicazioni vanno inviati al più presto al Comitato.

Chi desidera divenire Socio prima del Congresso deve fare domanda alla Presidenza della Società, Torino, R. Clinica Ostetrica e Ginecologica, indicando i titoli posseduti nella specialità.

A tutti i Soci regionali e nazionali come a tutti gli aderenti che spediranno a tempo l'adesione il Comitato Ordinatore del Congresso invierà il programma definitivo, tessere di riduzione ferroviaria, alberghiera ecc.

Comitati internazionali della Croce Rossa.

I rappresentanti della stampa straniera si sono recati a visitare a Ginevra la Sede centrale dei Comitati internazionali della Croce Rossa che dai primi di settembre coordinano le azioni d'aiuto per i prigionieri di guerra, i civili internati o delle terre evacuate. Alla sede centrale lavorano 200 impiegati. Giornalmente giungono da tutte le parti del mondo fino a 6000 lettere.

Erano già state inoltrate, per tramite della Croce Rossa, 50.000 lettere in paesi belligeranti. La Sede centrale ha organizzato diverse sezioni per i prigionieri dei diversi paesi. Così vi è un « Ufficio Tedesco » per notizie di soldati tedeschi caduti prigionieri, cittadini tedeschi internati, marinai tedeschi che la guerra ha sorpreso all'estero. Un « Ufficio Inglese » si occupa degli aviatori inglesi caduti su territorio tedesco.

Un « Ufficio Francese » esamina gli elenchi trasmessi dal Governo tedesco di soldati francesi prigionieri o caduti. Inoltrì di danaro e pacchi per i prigionieri completano l'opera benefica della Croce Rossa.

Corsi e cattedre di idrologia medica.

Al Convegno Nazionale per lo sviluppo dell'Istruzione Tecnica Industriale in Italia, che si è svolto a Roma, fra le altre relazioni ve n'era una presentata dalla Federazione Nazionale Fascista degli Esercenti Industria Idrotermale sulla preparazione degli elementi necessari all'industria stessa. La predetta Federazione ribadisce la necessità di istituire corsi e cattedre universitarie di idrologia medica presso le facoltà di medicina, allo scopo di dare ai medici una sufficiente cultura termale fino ad ora quasi totalmente mancata. Come è noto l'idrologia medica presentemente è stata ammessa fra le materie complementari delle facoltà di medicina ed è stata inclusa nel programma dei corsi d'aggiornamento per sanitari. Il problema riveste maggiori proporzioni nel campo del personale sanitario per il quale può dirsi che manchi un vero e proprio insegnamento professionale.

Nella stampa medica.

Dal 1 luglio 1939-XVII la Società Editrice « Vita e Pensiero » ha assunto l'« Archivio generale di Neurologia, Psichiatria e Psicoanalisi », che d'ora innanzi si chiamerà « Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia » pubblicato, sotto gli auspici del Consiglio Nazionale delle Ricerche, dai proff. Ferruccio Banissoni, professore di Medicina preventiva dei lavoratori e psicotecnina nella R. Università di Roma, Ugo Cerletti, ordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Roma, Lionello De Lisi, ordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Genova, Mario Ponzo, ordinario di Psicologia sperimentale nella R. Università di Roma, Carlo Besta, ordinario di Clinica delle malattie nervose e mentali nella R. Università di Milano, Eugenio Medea, presidente della Lega italiana d'igiene mentale, e diretto dal prof. Agostino Gemelli, ordinario di Psicologia sperimentale nella Università cattolica del s. Cuore e Presidente della Commissione permanente per le applicazioni della psicologia applicata del Consiglio Nazionale delle Ricerche.

L'Archivio si pubblicherà in quattro fascicoli annuali di pagine 150 ciascuno. Il prezzo di abbonamento è di L. 75 per l'Italia, Impero e Colonie; L. 150 per l'estero.

Il primo fascicolo era annunziato pel mese di novembre.

Comunicazioni, cambi, articoli, libri per recensione, debbon essere inviati impersonalmente alla Direzione dell'« Archivio di Psicologia, Neurologia, Psichiatria e Psicoterapia », via Ludovico Necchi 2, Milano.

Per gli abbonamenti servirà il conto corrente n. 3/1077 intestato alla Società Editrice « Vita e Pensiero ». Milano.

Notizie sanitarie di guerra.

In Francia il servizio di sanità militare ha potuto disporre, fin dai primi giorni della mobilitazione, di migliaia d'infermiere, addestrate dalla Croce Rossa. Inoltre la Croce Rossa ha potuto

fornire circa 3000 infermiere per i propri ospedali ausiliari, in numero di 130, e centinaia d'infermiere per i posti di soccorso ai gassati, migliaia di ausiliarie per i « focolai del soldato », per le « cantine delle stazioni », per i servizi di soccorso agli evacuati, per dispensari speciali ecc.

La Fondazione Rockefeller ha trasferito il suo ufficio europeo da Parigi a La Baule.

L'accumulo di navi per la visita di controllo ai Downs, ha determinato un sovraccarico di lavoro straordinario nei medici delle navi da guerra addette a tale servizio; essi devono spesso recarsi in « lifeboat » a visitare malati che reclamano aiuti medici.

In Inghilterra il Ministero della sanità pubblica ha invitato l'Ospedale italiano di Londra a continuare il suo « magnifico lavoro ». È questo un trattamento di favore, in confronto degli altri ospedali, fatti evacuare o ridotti. La direzione dell'ospedale è stata assunta dal Castellani. Esso accoglierà feriti e malati di ogni nazionalità.

Un po' dovunque.

Il Duce ha ricevuto, da vari Enti, la somma di oltre 22 milioni e l'ha distribuita per l'esecuzione di lavori pubblici urgenti e per opere di assistenza sociale. Tra le elargizioni avute sono: 4 milioni dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, 4 milioni dall'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale e 3 milioni dall'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul lavoro.

Il Duce ha ricevuto il cons. naz. Ferragatta e il prof. Buonadonna, che gli hanno riferito sulle esperienze di fecondazione artificiale degli animali, eseguite nell'Istituto « Lazzaro Spallanzani » di Milano.

L'Accademia Lancisiana di Roma ha commemorato i proff. Busi e Zeri; le commemorazioni sono state fatte dai proff. Milani e Signorelli.

La Società italiana di demografia e statistica terrà una riunione nazionale a Napoli dal 18 al 20 dicembre, presso la Facoltà di economia e commercio della R. Università, sotto la presidenza del prof. Livio Livi, della R. Università di Firenze.

Per festeggiare il 100° anniversario della creazione del francobollo postale l'Unione Filatelica Lombarda organizzerà in Milano durante il periodo della prossima Fiera Campionaria una mostra filatelica erinnofila.

Per l'occasione « L'Italia Medica » curerà un raduno di Medici collezionisti. I Medici che desiderano parteciparvi sono pregati di voler mandare la loro adesione al dott. comm. Giovanni Andreoni, Via Trincea delle Frasche 1. Milano.

Alla signorina Vincenza Campari, di Como, è stata solennemente consegnata la medaglia Nightingale, decretatale dal Comitato internazionale della Croce Rossa e che è la massima ricompensa per una infermiera volontaria.

« A Medicina Contemporanea » di Lisbona ha pubblicato un numero doppio sul compianto prof. Ricardo Jorge. Esso reca la data 17-25 settembre e contiene 11 articoli.

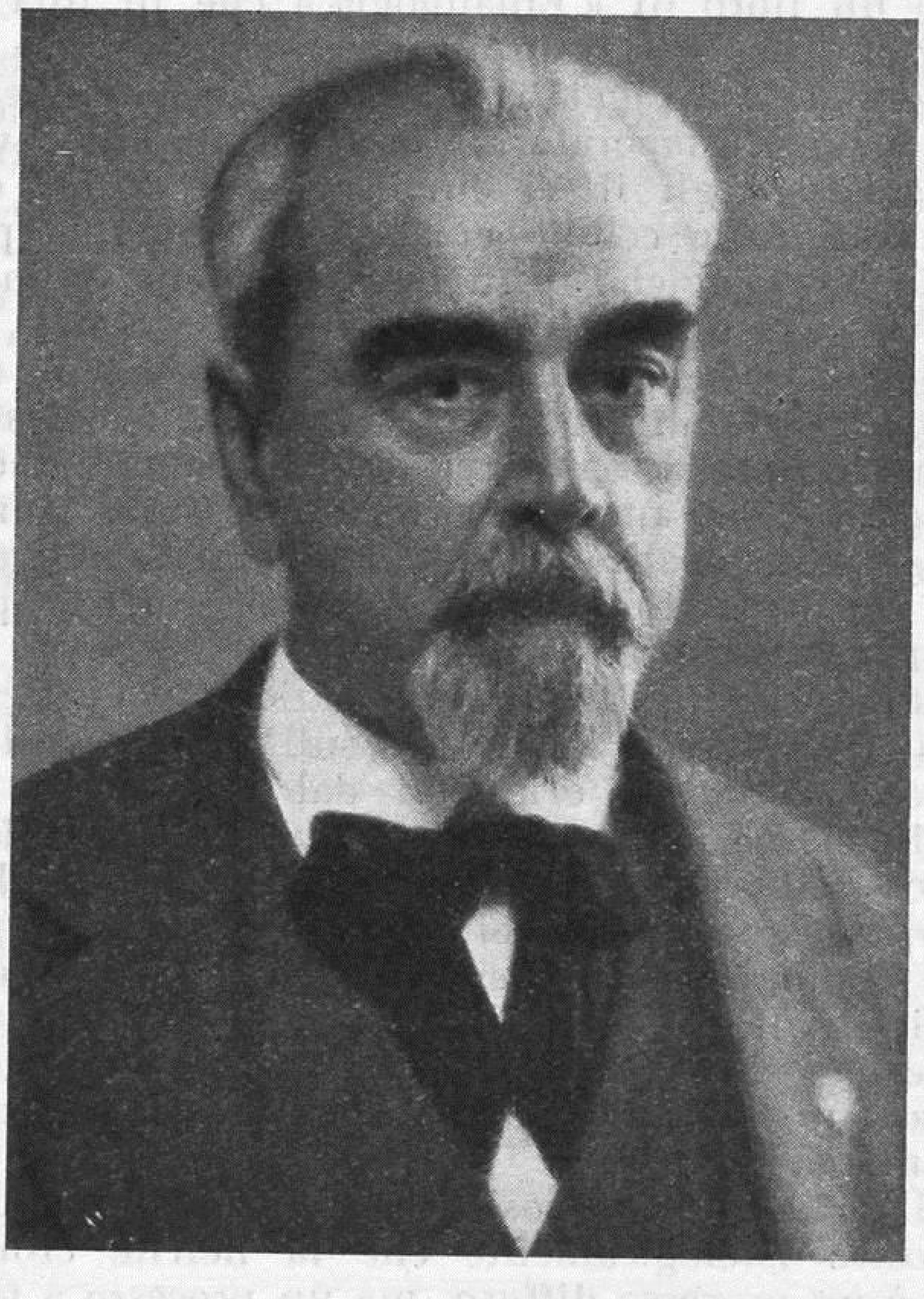
Per deficienza di spazio, siamo costretti a rimandare una biografia del prof. Busi, redatta per noi dal prof. G. G. Palmieri.

In morte del Prof. LIONELLO LENAZ

Primario medico dell'Ospedale Civile di Fiume.

Concepiva la vita come un dovere e la viveva con austerità. La Sua anima come la Sua mente era profonda, limpida, tutta volta al bene, e tutta dedicata alla scienza e alla Patria.

Antesignano dell'irredentismo fiumano, non ci fu lotta politica alla quale non abbia preso parte. Nel partito autonomista rappresentò il settore



estremista e combattè sempre e strenuamente per distorglierlo dal programma minimo della salvaguardia dell'italianità ed indirizzarlo verso la aspirazione della Patria.

Fu collaboratore nella scienza e nella politica del venerato patriota e scienziato fiumano Antonio Grossich. E quando Fiume venne ripudiata e negletta dai pavidi governanti dell'Italia demoliberale, il Consiglio Nazionale, presieduto da Grossich, trovò in Lionello Lenaz, un ambasciatore fedele e perspicace, che a Roma ed a Parigi seppe proclamare con energia e soprattutto con illuminato amore l'italianità di Fiume e la fatale necessità della sua annessione alla Patria.

Fu poi uno dei più validi sostenitori del Poeta Soldato che aveva restituito Fiume all'Italia e collaborò con lui nel governo della Reggenza Italiana del Carnaro, con fede e con passione.

Antivide il Fascismo e ne fu assertore convinto — la Sua tessera è del 1920 — e in Benito Mussolini, salutò il messaggero di Roma Madre ed Eterna.

Laureatosi a Vienna nel 1895 fu assistente e poi aiuto nella « Clinica delle malattie nervose » di Benedikt, frequentando contemporaneamente il laboratorio d'anatomia del sistema nervoso di Obersteiner, e quello di chimica di Ludwig, in seguito la Clinica Medica di Neisser e l'Istituto di anatomia patologica di Weichselbaum.

Nel 1901 fu nominato Primario del Laboratorio

batteriologico e prosettura dell'Ospedale di Fiume, nel 1919 Primario della Divisione Medica.

Conseguì la libera docenza in patologia medica a Roma nel 1924 e da allora tenne corsi di ematologia, malattie dei reni, neuropatologia ecc., a Padova.

Per meriti politici e scientifici ebbe una medaglia d'oro dall'Ufficio della Stampa Medica Italiana, quale premio di « Scienze ed italianità » nel 1930, ed un encomio solenne della Reale Accademia d'Italia nel 1937.

Scienziato, indagatore geniale dei più ardui problemi della fisiologia e patologia medica, pubblicò un libro di « Ematologia » che fu una rivelazione per gli innumeri concetti arditi e rivoluzionari suffragati da lunghissime esperienze cliniche e di laboratorio, non confutabili: sulla patogenesi degli itteri emolitici, sui criteri differenziali delle cellule ematiche secondo le proprietà morfologiche degli elementi della cromatina, sull'equilibrio chimico-fisico del sangue, sul rapporto fra la pressione sanguigna ed il numero dei globuli rossi, sulla natura neoplastica delle leucemie e sulle reazioni leucemoidi, sulla patogenesi dell'anemia perniciosa e sulla ripresa emogenetica epatica di tipo fetale in tale malattia, sul concetto e sulla diagnosi microscopica dei neoplasmi ecc. ecc.

Numerosissime altre pubblicazioni poi attestano il Suo lavoro indefesso: sull'atassia (sull'innervazione statica originata dal cervelletto, fissatrice delle articolazioni e specialmente della radice dell'arto che compie il movimento volontario, concetto svolto molto più tardi da Strümpell e da Eppinger), sulla fisiopatologia dei movimenti coreici, sull'ipertonia essenziale e reazioni inverse del sistema vegetativo, sulla fisiologia del tono muscolare, sulla fisiopatologia dell'apparato extrapiramidale.

Ed infine, a proposito delle infezioni focali, dimostrò istologicamente che la nefrite cronica non è un processo diffuso, ma un processo a focolai disseminati e di data differente, focolai che si formano cioè ad intervalli di tempo l'uno dall'altro per altrettante distinte invasioni di materiale infettante proveniente per lo più dalle tonsille; necessità quindi della tonsillectomia radicale in tali affezioni e possibilità della loro guarigione. E di tale necessità fu l'assertore primo in Italia (Relazione Congresso di Milano, 1924) e nel mondo. Così fu strenuo fautore della tonsillectomia nell'insufficienza cardiaca per vizio valvolare.

L'improvvisa Sua scomparsa ha profondamente addolorata la Sua Fiume, alla quale ha dato sempre e disinteressatamente tutto il Suo amore di figlio; ed è una grave perdita per la scienza alla quale dedicò per tutta la vita l'anima e la mente. Amantissimo dell'arte, che era il Suo riposo e la Sua consolazione, fu compositore di delicate melodie e critico musicale; fu letterato, glottologo, filosofo; non vi fu ramo dello scibile ch'Egli non coltivasse, per svagare con altre meditazioni la mente affaticata dalle cure della scienza medica, del Suo magistero e delle lotte politiche.

La Redazione.

Indice alfabetico per materie.

Aeronautica: azione biologica dell'altezza . . . . *Pag.* 2150
Amministraz. sanit. . . . . » 2169
Bibliografia . . . . » 2151
Cistifellea: affezioni e loro trattamento » 2162
Cistifellea: chirurgia . . . . . . » 2162
Dispnea funzionale . . . . . . » 2149
Enfisema polmonare diffuso nei vecchi » 2146
Frenicectomia: indicazioni attuali . . » 2150
LENAZ L. . . . . » 2171
Ossigeno assoluto per inalazione . . » 2165
Programma . . . . *Pag.* 2129
Sudori dei tisici: prescriz. . . . . » 2166
Surrenali: chirurgia . . . . . . » 2155
Tetano: nuovi metodi di lotta contro il . . . . » 2165
Tumori maligni sottoposti a terapia irradiante radioattiva . . . . . » 2130
Vitamina B_1 nel sangue . . . . . . » 2166
Vitamina P-P: impieghi . . . . . . » 2165
Volvolo di tutto il tenue in portatore di mesenterio comune . . . . . » 2139

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier

ANNO XLVI Roma, 18 Dicembre 1939 - XVIII Num. 51

"IL POLICLINICO,"

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

fondato nel 1893 da GUIDO BACCELLI e FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. CESARE FRUGONI Clinico Medico di Roma

SOMMARIO.

Note e contributi: M. Sorrentino: La cura della tubercolosi renale.

Osservazioni cliniche: S. Ciancarelli: Su di un caso di actinomicosi della parete addominale.

Sunti e rassegne: SISTEMA NERVOSO: Klimke: Le psicosi nelle malattie interne. — I. Rossler: Contributo allo studio dei traumatismi cranio-cerebrali. Patologia dello spazio subdurale. — FARMACOLOGIA E TERAPIA: P. Occhioni: Il rapporto di azione cronoinotropica del complesso glucosideo della «Digitalis lanata», sul miocardio umano ipertrofico-insufficiente. — M. Gunterwallbach: Esami istotisiologici sull'effetto antiinfiammatorio degli astringenti. — TECNICA MEDICA: Grimberg A.: La trasfusione di sangue conservato. — A. Grimberg: La raccolta del sangue placentare.

Divagazioni: F. I. Seymour: Motilità degli spermatozoi e loro capacità fecondante.

Notizia bibliografica. — Cenni bibliografici.

I Congressi Nazionali di Medicina e Chirurgia: XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

Appunti per il medico pratico: CASISTICA: Malaria cronica e infantilismo. — Sport invernali e malattie polmonari. — Tubercolosi delle tonsille. La sua incidenza e la sua origine. — TERAPIA: Esperienza clinica con globina-insulina. — Il trattamento della sindrome da iperfunzione cortico-surrenale. — MEDICINA SCIENTIFICA: Ricerche sperimentali sulla iodofilia dei leucociti. — MEDICINA COLONIALE: Sulla glossite epidemica dei Senegalesi. — VARIA.

La pagina dello specialista: P. A. Meineri: Appunti di terapia dermatologica.

Nella vita professionale: Medicina sociale. — Concorsi. — Nomine, promozioni ed onorificenze.

Notizie diverse.

Indice alfabetico per materie.

NOTE E CONTRIBUTI

La cura della tubercolosi renale.

Prof. MICHELANGELO SORRENTINO

Primario Urologo Ospedali Riuniti Napoli.
Docente di Clinica delle vie urinarie
nella R. Università di Napoli

La *prognosi* della tubercolosi renale è grave, se non è diagnosticata, e curata a tempo, perchè si ha l'invasione tubercolare dell'uretere e della vescica e poi dell'altro rene: di modo che, dopo inenarrabili sofferenze l'ammalato muore per uremia, o cachessia. La nefrectomia invece cambia completamente questa prognosi perchè la guarigione completa e definitiva si può ottenere in media nel settantacinque per cento dei casi, a condizione però che la cura si inizi tempestivamente.

Nei bambini la tubercolosi renale è generalmente più grave: più facilmente bilaterale, o associata ad altre importanti localizzazioni della tubercolosi.

La *cura* può essere medica e chirurgica. La cura medica va riservata:

a) alle forme così dette parenchimatose, chiuse: la lesione tbc. non è aperta nelle vie escretrici: non v'è quindi piuria, si tratta di infermi che presentano una poliuria, una lieve albuminuria, che hanno avuto qualche ematuria, e che possono accusare un leggero dolore renale, e sintomi vescicali riflessi. Nelle urine non si trovano bacilli di Koch, e le inoculazioni possono essere negative. Del resto anche la constatazione di bacilli non permetterebbe di affermare sicuramente la tubercolosi renale perchè la bacilluria, senza piuria non consente di affermare una localizzazione renale della tubercolosi, e quindi non c'è che una cura medica da sperimentare;

b) nelle forme bilaterali con lesioni presso a poco uguali dei due reni;

c) nelle forme unilaterali, ma in infermi che per altre coesistenti gravi malattie, o lesioni tubercolari, pur essendo unilaterale la tubercolosi renale l'altro rene si presenti, ad

osservazioni accuratissime, e ripetute, deficiente come valore funzionale;

d) infine il trattamento medico è indicato negli infermi già operati di nefrectomia; ed in tutti gli infermi nei quali, pur essendo la tubercolosi unilaterale, e funzionando bene l'altro rene, coesistano gravi malattie a carico di altri organi.

Esso si riassume: vita all'aria aperta; sole; montagna, mare; evitare gli strapazzi corporei, la stanchezza fisica, l'eccessivo lavoro mentale (per studio, o altro). Alimentazione corroborante: carne, uova e pesce (ma senza abusare di dette sostanze), latte, verdure, farinacei, frutta, miele, burro, confetture. Limitare l'uso del pomodoro, del caffè, del vino, delle fritture. Astenersi dai formaggi fermentati, dalle carni insaccate, liquori, selvaggina, asparagi, crostacei, ecc.

Medicamenti ricostituenti: olio di fegato di merluzzo; fitina; arsenico (con prudenza), ferro, calcio, iodo. Questo ultimo pare che specie se usato endovenosamente giovi alle lesioni renali (Colombino).

Il regime di Gerson che ho sperimentato in diversi casi inoperabili, consiste nel dare all'infermo una alimentazione senza sale: poca carne, molti grassi, specie crudi, e moltissime vitamine: inoltre olio di fegato di merluzzo: io hò usata molto l'ascoleine Rivier, e poi molto calcio, e sali di magnesio. Tale dieta giova nel senso che gli infermi ingrassano, aumentano di peso, migliorano nello stato generale, e, nei febbricitanti, la febbre può scomparire; ma non dà giovamento ai disturbi vescicali. Io, almeno non ne ho riscontrato mai. De Illyès registra anche in tal senso un certo beneficio: diminuzione del tenesmo vescicale, e dei dolori; aumento della capacità vescicale.

Quale antisettico per uso orale, conviene dare il bleu di metilene, che è un ottimo antispastico. Io lo uso unito al carbonato di guajacolo (5 ctg. di bleu e 25 di carbonato di guajacolo pro dose: 2 al giorno). Astenersi dai preparati di esametilentetramina.

La così detta cura specifica della tubercolosi, cioè il trattamento con la tubercolina, siero antitubercolare, corpi immunizzanti, antigeno metilico, non risponde nella tubercolosi renale. A tali conclusioni — riferisce Colombino — sono giunti urologi che, come Vildbolz, Marion, Legueu, Israel, Rafin, rappresentano delle indiscutibili competenze in materia di tubercolosi renale.

Il vaccino di Vaudremère che ha suscitato entusiasmi in molti colleghi principalmente francesi, è un vaccino speciale preparato dal Vaudremère in base al seguente principio: la resistenza del bacillo di Koch all'acido ed all'alcool è dovuta ad una specie di inviluppo lipoideo che gli assicura una forte resistenza, che esso impiega per difendersi contro l'azione delle sostanze protettrici dell'organismo ammalato. I bacilli giovani non dispongono ancora di tale capsula lipoidea, e se si trattano gli infermi con un antigene senza capsula protettrice, si possono distruggere i germi giovani: gli altri, i vecchi, finiscono con il morire, e l'organismo viene ad essere liberato dai germi della tubercolosi. Il Vaudremère essendo riuscito a trovare un terreno di cultura in cui crescono bacilli tubercolari non resistenti agli acidi, ha potuto preparare, servendosi di tali culture, il suo vaccino. Esso sarebbe particolarmente indicato per la cura delle lesioni vescicali, resistenti malgrado la nefrectomia.

V'è poi la cura delle lesioni vescicali della tubercolosi renale. Per queste giovano le instillazioni di olio gomenolato, di olio fenicato, al 5 %, o di bleu di metilene all'1 %.

In conclusione, una cura medica della tubercolosi renale non esiste e quindi le speranze di riuscire a guarire una tubercolosi renale con i mezzi su detti, sono illusorie. È registrato qualche raro caso di guarigione spontanea, ma bisogna stare molto in guardia, perchè la maggior parte dei casi così descritti, sono delle pseudo-guarigioni: si tratta di esclusione della lesione renale, che si incista, si « chiude » per un processo di obliterazione del calice nel quale essa era aperta, o dell'uretere. Ma la esclusione non è guarigione: è un'ingannevole apparenza di guarigione: ingannevole in quanto che le urine possono ridivenire limpide, ed i disturbi vescicali migliorare per un certo tempo. Ciò non per tanto il focolaio di tubercolosi resta, guadagna terreno nel rene stesso; può riaprirsi, può essere il punto di partenza di infezione di altri organi, o dell'altro rene. Ecco perchè il rene escluso, ai fini della terapia chirurgica, va considerato come una tubercolosi aperta, ed asportato. La così detta autonefrectomia per esclusione, di un rene interamente caseificato, o mastice, non equivale all'ablazione chirurgica, e quindi non dispensa da essa. Queste tubercolosi renali apparentemente guarite minacciano i loro portatori di accidenti gravi.

Possono aversi fatti settici gravi per una pionefrosi chiusa: suppurazioni perinefritiche; o nefrite bacillare, o nefrite tossica del rene dell'altro lato; ricadute di tubercolosi vescicale: irritabilità vescicale per riflesso reno-vescicale, perchè il rene escluso può dare disturbi vescicali importanti, anche come una tubercolosi renale aperta.

Se ci mettiamo la domanda: « è possibile

la guarigione spontanea della tubercolosi renale con conservazione della funzione del rene leso? », dobbiamo rispondere con Jeambreau, che, come hanno dimostrato Wildbolz, Legueu, Chevassu, Heitz-Boyer, ed altri, ciò non è stato ancora dimostrato. E con Legueu dovremo dire che la tubercolosi ulcero-caseosa non guarisce che con la « morte » del rene, per la distruzione completa dell'organo di cui l'uretere si oblitera, ed il rene si trasforma in una massa caseosa (rene mastice). O pure il rene si atrofizza soffocato da un processo di sclerosi, e di perinefrite fibro-lipomatosa. Per il rene la guarigione spontanea, anche mettendo l'ammalato nelle migliori condizioni igieniche, ed aiutandolo con le cure medicamentose, non può verificarsi, come per altre lesioni tubercolari; ad esempio nelle coxiti, perchè il rene ancorchè ammalato non può mettersi a riposo: esso deve sempre continuare a funzionare, ed è sempre bagnato dalla sua istessa urina purulenta: condizioni queste sfavorevoli alla cicatrizzazione. È per questo che Heitz-Boyer disse: il rene tubercolare è vittima dell'urina che esso produce.

Ecco perchè la unica terapia della tubercolosi renale è la chirurgica. La nefrectomia, specialmente la nefrectomia precoce cambia completamente la prognosi di questa grave malattia.

La nefrectomia è indicata in tutti i casi, potremo dire, di tubercolosi renale, esclusi quelli che ho esaminato, e per i quali non c'è altra risorsa che la cura medica. Per esser più chiaro, specificherò: è indicata:

a) nelle forme unilaterali, quando il rene dell'altro lato lo consenta;

b) nelle forme bilaterali, quando vi sia lesione considerevole di un rene, con lesioni minime dell'altro, che si presenti in buone condizioni di funzione. È sperabile in simili casi, che, tolto il focolaio principale e grave, le lesioni iniziali del rene superstite migliorino, o anche guariscano. Siamo in simili casi costretti ad un ragionamento, che non faremo, nei casi di lesioni unilaterali;

c) nei casi di lesione bilaterale, quando uno dei reni, per la formazione d'una pionefrosi o per gravi emorragie, possa rappresentare un pericolo immediato. In simili evenienze, si dovrà intervenire, per poco che l'altro rene lo consenta; e se per le condizioni di questo ultimo, non si possa procedere ad una nefrectomia, in caso di pionefrosi, si farà una nefrostomia.

In linea generale ricorderò che allorquando all'esplorazione con cateterismo ureterico si trovi una lesione da un lato, chiara, e dall'altro si trovino bacilli, ma senza pus, ed una buona funzione, non si può concludere per la bilateralità, ed astenersi, poichè la semplice bacilluria non è indizio sicuro di lesione, nè argomento di astensione.

Come ha dimostrato Albarran, or sono più di trent'anni, la nefrectomia è consentita anche se v'è albuminuria e cilindruria dal lato opposto: queste scompaiono con l'asportazione del rene tubercolare.

La tubercolosi polmonare, se è iniziale non controindica la nefrectomia: anzi può ottenersi un grande miglioramento dall'asportazione del focolaio renale. Lo stesso dicasi anche delle forme avanzate, ma ad andamento lento (Marion), sempre che le condizioni generali consentano un intervento chirurgico.

***

Ed ora qualche breve accenno sulla *tecnica della nefrectomia nella tubercolosi renale*, e qualche considerazione, che mi viene dalla esperienza personale, ormai non più breve, di simili infermi.

L'asportazione dei reni tubercolari può presentare delle particolari difficoltà, che, con Papin, si possono così raggruppare: difficoltà d'isolamento del rene; difficoltà d'isolamento dell'uretere; difficoltà di legatura del peduncolo. Le difficoltà d'isolamento del rene sono dovute alla perinefrite sclero-lipomatosa che a volte può essere particolarmente tenace, specie in corrispondenza del polo superiore, e della faccia anteriore.

Le difficoltà d'isolamento dell'uretere possono essere dovute alle aderenze di esso con il peritoneo.

La periureterite, e la presenza delle aderenze, possono rendere particolarmente difficile la preparazione accurata del peduncolo vascolare, e quindi renderne difficile la legatura. A questo tempo, della preparazione perfetta del peduncolo, dò la più grande importanza: bisogna lavorare con molta calma, con pazienza, e non mai legare, un peduncolo non bene liberato, ed isolato.

Vi sono è vero, casi di difficoltà estrema, nei quali è ammesso persino il non poter procedere alla legatura, ed il doversi accontentare di lasciare le pinze emostatiche a permanenza: ma io penso che a tale espediente, certo non bello, possa essersi costretti in casi veramente eccezionali. Personalmente a me non è mai occorso di dovermici piegare, pure in casi veramente difficili, nei quali, a principio, sembrava di non poter riuscire.

Ma il segreto per la corretta riuscita degli interventi chirurgici, e particolarmente in questi casi complicati e difficili, sta nella osservazione scrupolosa di pochi precetti fondamentali: e primo fra tutti il lavorare con calma,

e con ordine. Cercare di avere il maggiore spazio possibile, di farsi cioè la « migliore luce »; non preoccuparsi se per tanto la incisione dovrà essere un po' più lunga; all'occorrenza (sempre che però sia indispensabile) non esitare a resecare la 12ª costola.

Una grande accuratezza va messa nell'ablazione completa della capsula adiposa, perchè essa, anche se a prima vista non sembri, o non sia dimostrabile macroscopicamente, è generalmente un tessuto tubercolizzato, che, lasciato in sito può redere difficile la chiusura della ferita, e condurre ad una fistolizzazione di essa.

In quanto alla tecnica della incisione dell'uretere, ed alla questione se debbasi asportare di esso una porzione più o meno lunga, le opinioni non sono concordi. Per la incisione, alcuni chirurgi usano il bisturi o le forbici, ed anche Papin fa così; la maggioranza si serve del termocauterio.

Io ho usato sempre il termocauterio.

Da un certo tempo anche io, come il Colombino, pratico la elettrocoagulazione di tutto il condotto, mediante sonda diatermica introdotta dalla incisione chirurgica, e spinta fino in vescica, dall'alto, in basso (cateterismo retrogrado dell'uretere), che viene poi lentamente ritirata nel mentre passa la corrente. Ciò, oltrechè rappresentare una sterilizzazione del canale, ne favorisce la obliterazione per sclerosi. Così trattato l'uretere, lo fisso sempre alla parete muscolare, alla parte media della ferita. Questa condotta è superiore certo a quella consistente in asportazioni più generose dell'uretere, ma non totali, seguite poi dallo abbandono del moncone ureterale in profondità.

L'ideale — in teoria — sarebbe di asportare in totalità l'uretere, dato che si tratta di un organo sede di processo tubercolare, per il quale dobbiamo fondare su la guarigione spontanea, dopo l'ablazione del rene, e la messa a riposo consecutiva di esso.

Ma l'asportazione totale fino all'ostio, o compreso l'ostio è una operazione molto più grave, alla quale non conviene esporre l'infermo, se non in casi particolari. L'uretere generalmente guarisce, come del resto la vescica, ancorchè presenti lesioni specifiche, dopo l'asportazione del rene.

A proposito della ureterectomia nella tubercolosi renale, Albarran distingue tre casi: 1) l'uretere è di piccolo calibro e sembra poco leso; 2) l'uretere è voluminoso, ma solo per ispessimento delle pareti; 3) l'uretere è grosso ma non per eccessivo ispessimento delle pareti piuttosto invece è aumentato il suo lume. Questa distinzione, come osserva Papin, è molto giusta. Infatti nei casi appartenenti ai primi due gruppi, la ureterectomia totale non è indicata. Questi ureteri generalmente guariscono. Nei casi del terzo gruppo fortunatamente oggi meno frequenti perchè in genere si arriva all'intervento più precocemente, la asportazione totale è indicata, perchè in tali casi è da temere la formazione di fistole urinose lombari.

L'asportazione è indispensabile quando esiste reflusso urinoso vescico-ureterale, già constatato prima dello intervento, e l'uretere si presenti grosso, e slargato.

Ma ciò che assolutamente non condivido è la condotta seguita da molti operatori, fra i quali Kuster, Garré, Longard, citati da Papin, inprontata alla così detta « via di mezzo », e cioè non asportare tutto l'uretere, ma la maggior parte possibile di esso. Questa condotta non è logica: perchè se l'uretere è tubercolizzato, e non lo si vuole o non lo si può asportare completamente, non offre alcun vantaggio portarne via pochi centimetri più, o pochi centimetri meno: val meglio sezionarlo alto, e fissarlo alla parete, anzichè basso ed abbandonarlo, perchè nell'ipotesi che si produca una fistola consecutiva ad un piouretere sarebbe più facilmente curabile quando l'orifizio esterno dell'uretere si trovi a livello della ferita, anzichè in profondità.

La ferita va chiusa accuratamente, nei diversi piani. Lascio sempre un piccolo drenaggio.

Nei casi nei quali durante le laboriose manovre di isolamento si fosse aperta qualche raccolta, o comunque del materiale purulento fosse venuto fuori dall'uretere, conviene lasciare ampiamente aperta la ferita, tamponando. È questo il solo mezzo per evitare la tubercolizzazione di tutta la ferita.

***

I risultati che può dare la nefrectomia, e specie la nefrectomia precoce, li ho già accennati nel dire della prognosi. La cura chirurgica va integrata con la cura medica, che ho già esposto.

In quanto al trattamento della vescica, ho accennato alle instillazioni di olio fenicato al 5 % o di olio gomenolato, praticate ogni due giorni, nella dose di 5 cc. alla volta. Per bocca il bleu di metilene. Molto utili le supposte rettali di Cibalgina per calmare gli spasimi e diminuire la frequenza delle minzioni.

In genere, dopo la nefrectomia, consiglia il Marion, di attendere qualche settimana prima di iniziare la cura della vescica: in molti casi i disturbi vescicali regrediscono spontaneamente: in caso contrario si inizierà la cura accennata.

Se nemmeno dopo un certo periodo si ottenesse un miglioramento, conviene praticare una cistoscopia per assodare se i disturbi accusati sono sempre, ed unicamente imputabili alle lesioni specifiche, o se non siano da addebitarsi anche a lesioni di cistite banale impiantatasi secondariamente.

In questa evenienza il trattamento locale dovrà essere modificato, dando posto al nitrato d'argento, ed all'ossicianuro di mercurio. È meglio ancora, in questi casi, uso modificare così il trattamento vescicale: introdotto il catetere, vuotata bene la vescica, inietto in essa 20 cc. d'una soluzione di novocaina 0,5 %. Chiudo il catetere, senza toglierlo ed attendo 10'-15'; faccio poi uscire la soluzione novocainica, ed inizio il lavaggio con soluzione di Rivanolo 1/5000. Questo antisettico mi ha dato in simili infermi risultati veramente soddisfacenti. La anestesia preventiva della vescica non è necessaria, o meglio indispensabile, perchè il preparato non è irritante, ed è ben tollerato, ma quando le condizioni irritative dell'urocisti non consentirebbero un buon lavaggio, la novocaina facilita il compito, consentendo sin dalla prima volta di lavare abbondantemente, e quindi efficacemente senza strapazzare l'infermo, e senza lasciargli quella sensazione di tenesmo fastidiosissimo. Man mano quindi che la vescica diventa più tollerante, si può abolire la iniezione preventiva di novocaina. Le soluzioni di Rivanolo, le preparo volta per volta, al momento dell'uso e con grande facilità servendomi del rivanolo granulare: basta sciogliere il contenuto di un tubetto di esso in litri 1,7 di acqua per avere una soluzione all'1/5000.

Dopo un certo tempo sostituisco, o alterno all'uso del rivanolo, il protargolo: lavaggi con soluzione debole di esso, e poi ne lascio in vescica 20 cc. di una soluzione al 0,5-1 % che l'ammalato trattiene, senza alcun fastidio. Per bocca somministro, quale antisettico, il Prontosil: 3 compresse al giorno.

Se invece all'esame cistoscopico si riscontrassero lesioni tubercolari che stentassero a guarire con la terapia delle instillazioni, bisognerà ricorrere al trattamento con correnti di alta frequenza, elettrocoagulazioni di ulcere torpide o bottoni vegetanti, o placche di cistite incrostata, o meglio scintillazione con scintille fredde.

Sono rari i casi nei quali la vescica non guarisce nemmeno con tale trattamento, integrato dalle cure generali e dalle migliori norme igieniche: se essa restasse gravemente intollerante, specie se ad un esame radiologico si osservasse un reflusso urinoso nell'uretere del rene sano, bisognerebbe ricorrere all'esclusione della vescica, mediante ureterostomia. Si viene a calmare così la vescica, non solo, ma a proteggere il rene rimasto, dall'infezione ascedente.

Ma, ripeto, nella grande maggioranza dei casi, asportato il rene, la vescica guarisce, e l'infermo si ristabilisce completamente: riacquista il proprio valore sociale.

Ecco quindi quale importanza enorme ha la nefrectomia precoce nella tubercolosi renale: cambia completamente la prognosi di tale grave malattia, consente di salvare migliaia e migliaia di individui, la maggior parte giovani, dato che il massimo di frequenza di tale infermità si osserva in individui fra i 20 ed i 40 anni, liberandoli da sofferenze terribili a cui solo la morte pone fine, se non si interviene, o se si interviene tardivamente! Infermi che rappresentano un pericolo sociale tanto importante, per quanto poco conosciuto, poichè sono una fonte grave di contagio per i familiari e per l'ambiente in cui vivono.

La nefrectomia precoce consente, potremmo dire, di « recuperare » tali infermi, e ridonarli alla famiglia ed alla società di nuovo idonei alla vita ed al lavoro!

RIASSUNTO.

L'A. espone la cura della tbc. renale; cura medica e cura chirurgica; ed in base alla personale vasta esperienza, traccia le indicazioni ed i limiti dell'una e dell'altra. Il concetto dominante è che la nefrectomia precoce è il trattamento di elezione per una guarigione radicale.

OSSERVAZIONI CLINICHE

CLINICA DELLE MALATTIE INFETTIVE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
Direttore: Prof. G. CARONIA.

Su di un caso di actinomicosi della parete addominale.

Dott. SANTE CIANCARELLI,
chirurgo della Sezione settica.

Riferisco un caso di tumore della parete addominale, che l'esame istologico ha dimostrato essere un'actinomicosi, per la rarità della localizzazione e per la genesi rimasta oscura. Si intervenne con diagnosi di lipoma, lungi dal pensare che la tumefazione addominale fosse l'esponente della lunga malattia che affliggeva la paziente e della quale invece con questo semplice atto operativo fu definitivamente liberata.

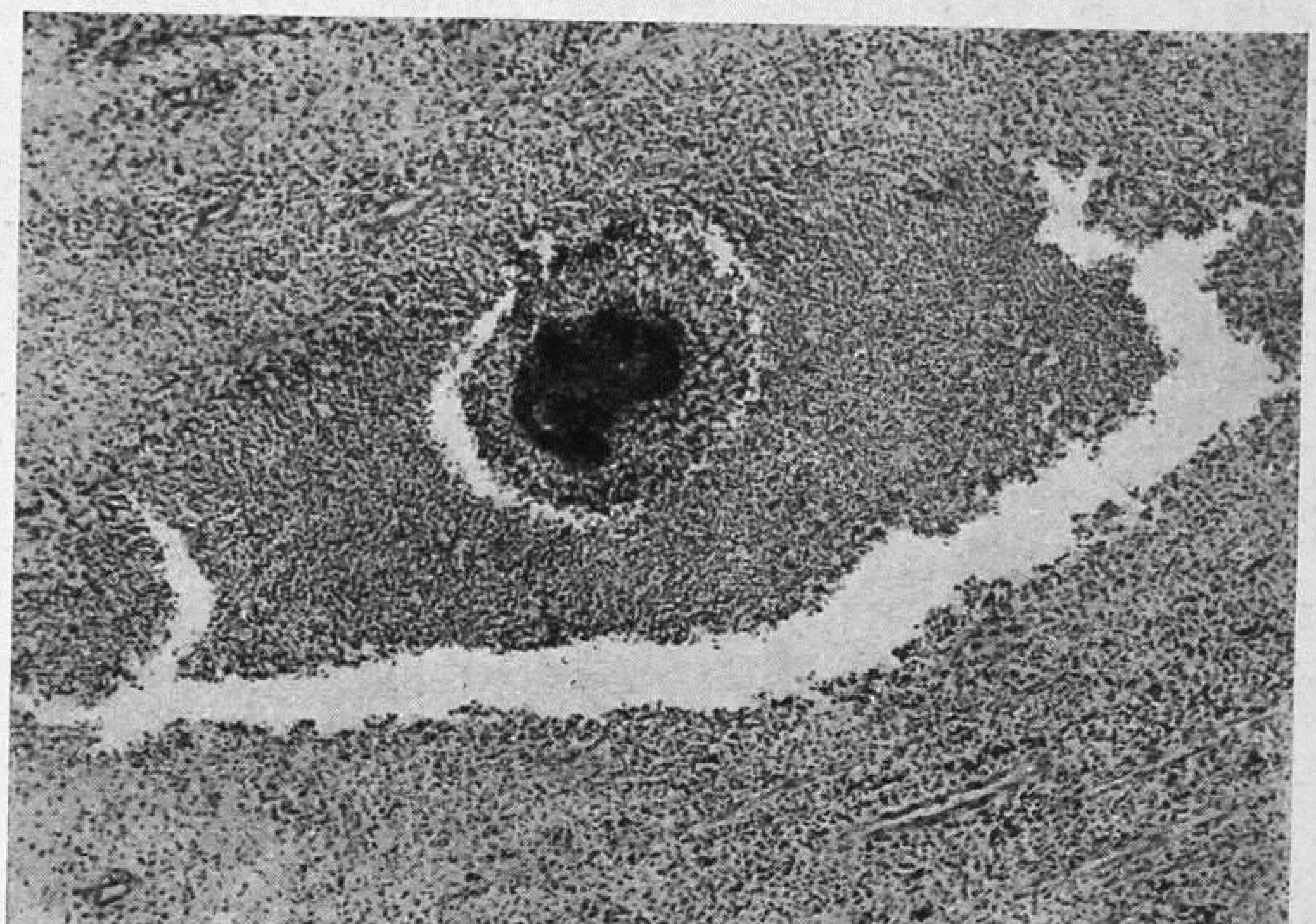
Sp. M., di anni 43 da Roma. Nessun precedente anamnestico degno di nota. Sposata a uomo sano, ebbe una sola gravidanza a termine, e un aborto al primo mese. Cominciò nel settembre del 1937 a lamentarsi di dolori addominali vaghi, diffusi, capricciosi nella comparsa e nella durata, senza particolari modificazioni funzionali. La paz. non soffriva di diarrea che caratterizza le lesioni della mucosa intestinale all'inizio del processo actinomicotico; era stitica. Quasi contemporaneamente a questi dolori addominali, comparve una febbre continua leggermente remittente, con massimo di 38°. I medici che la esaminarono non fecero alcun rilievo obbiettivo importante; non fu mai riscontrata alcuna tumefazione a carico dell'addome. Furono fatte varie diagnosi: paratifo, febbre bacillare, ma senza reperti di laboratorio. Nel gennaio 1938 persistendo la febbre, la paziente ebbe un attacco doloroso al fianco destro, durato un paio d'ore, interpretato come una colica renale. L'indagine uretero-pielografica, eseguita qualche giorno dopo, non mise in evidenza altro che modificazioni a tipo spastico dei calici del rene destro. Poco tempo dopo questa crisi dolorosa, l'inferma notò una tumefazione dura, grande quanto una mezza noce, in vicinanza dell'ombellico. I sanitari che l'osservarono pensarono a un lipoma e siccome la tumefazione cresceva e cominciava a dare all'inferma un senso di fastidio, fu consigliata a ricoverarsi in clinica per l'asportazione.

Entra il 10 maggio 1938. Le condizioni generali della paziente sono buone. Non si lamenta più di dolori addominali. Accusa un senso di fastidio in corrispondenza della tumefazione. La febbre continua specie la sera (37°,3-37°,5). L'addome ha pareti piuttosto grasse; a destra e un po' al disopra della cicatrice ombellicale si vede una tumefazione ovalare che misura 8 cm. di altezza per 6 di larghezza, ricoperta da pelle di aspetto normale, un po' tesa e poco scorrevole. La tumefazione non ha limiti netti, è rilevata sui piani circostanti, ma piatta, a superficie irregolare lievemente granulosa, di consistenza dura, pseudo fluttuante al centro, leggermente dolente alla palpazione. La massa è poco mobile sugli strati circostanti. Non scompare e nemmeno si riduce con la pressione, nè facendo contrarre i muscoli addominali.

L'esplorazione rettale è negativa.

In anestesia locale, preceduta da una iniezione di dilaudid scopolamina, si incide la pelle secondo il diametro maggiore della tumefazione. Sorpassato lo strato adiposo sottocutaneo, si vede che non si tratta di un lipoma; l'aspetto è quello di una infiltrazione scleroconnettivale a larga base e a limiti indistinti. L'estensione del tessuto patologico è maggiore di quella che l'esame esterno faceva supporre. L'infiltrazione interessa per un largo tratto il muscolo retto di destra e la sua guaina e un discreto tratto dei muscoli larghi.

Nelle manovre per isolare la zona malata che obbligano ad una resezione di un tratto della stessa parete addominale si apre nella parte centrale una raccolta purisimile di un colorito bianco sporco quasi giallastro. Credendo che si tratti di un tumore della parete addominale, dipendente da un processo svolgentesi nell'addome, si apre ai lati il peritoneo e si vede che questo in corrispondenza della tumefazione esterna, è ispessito e infiltrato. Non si mettono in evidenza particolari alterazioni a carico dei visceri addominali.



Col pezzo viene resecato anche il tratto di peritoneo malato. Nonostante la grande soluzione di continuo, si riesce a ricostruire la parete addominale a punti staccati, comprendendo insieme peritoneo, muscoli e fascie. Al di sotto della pelle suturata in seta, si lascia un drenaggio.

Lì per lì non fu emessa altra ipotesi che di una flogosi cronica della parete addominale.

L'esame istologico fu praticato dal prof. Bignami.

Vari pezzi furono prelevati dal blocco di tessuto escisso chirurgicamente fissato in formalina al 10 %, in alcool a 75 % e dopo gli usuali trattamenti tagliati in fette da 5 a 10 micron. Le sezioni furono colorate con ematossilina-eosina, Van-Gieson, Gram ed alcune con il Perl.

Al microscopio si osserva la presenza di tessuto fibroso, di focolai di infiltrazione rotondo-cellulare e di aree purulente, in alcune delle quali si osserva il tipico fungo. Il tessuto fibroso è adulto, jalino in alcuni tratti, in altri più giovane commisto a cellule rotonde, plasmacellule, cellule linfoidi, ecc. In alcune zone sono evidenti accumuli di cellule chiare, schiumose, istioci-

tarie, ed infine vi sono accumuli di leucociti polinucleari in via di degenerazione, cioè focolai purulenti in mezzo ai quali si rinvengono rare druse del fungo raggiato: un micelio fatto di fili non intrecciantisi, sottili, ondulati, alcuni ramificati, con alla periferia dei corpi a clava disposti a raggiera. Nei preparati con il Gram gli ifi del centro sono colorati in bleu e le clave alla periferia in rosso. Con la colorazione del Perl per la ricerca del ferro, tutto il fungo è colorato in verde.

Si tratta dunque di un processo actinomicotico della parete addominale.

Quale via hanno potuto seguire i funghi per localizzarsi in questa sede? La possibilità di una infezione dall'esterno è esclusa dalla stessa paz. la quale assicura di non aver mai subito traumi o ferite in questa regione. È probabile che l'infezione abbia seguito il canale enterico. La paz. ha avuto infatti per circa 6 mesi dolori addominali accompagnati da febbre e sebbene al tavolo operatorio non fu dato di riscontrare alcuna alterazione del tubo digerente, almeno macroscopicamente, l'ipotesi non può essere esclusa. È noto che l'infezione actinomicotica può rimanere latente per anni nell'intestino, provocata dalla ingestione di cibi infetti (Hultl).

La malata vive in città, a Roma, e dichiara di non aver mai avuto l'abitudine di mettere fili di erbe o di paglia in bocca. Il periodo di incubazione di tale infezione può durare anni. I funghi nel nostro caso potevano trovarsi nel contenuto intestinale e per una modalità, che ci sfugge completamente, possono essere arrivati alla parete dove si è sviluppato il processo flogistico. I due casi di actinomicosi della parete addominale citati da Sgalitzer s'erano verificati entrambi un certo tempo dopo l'appendicectomia. L'autore ammise come probabile che i funghi contenuti prima nell'intestino, si siano fissati nel punto dove la mucosa fu ferita per l'operazione, così come afferma Baumecker per un caso del genere seguito a resezione dell'intestino per carcinoma. Uno degli infermi di Sgalitzer aveva l'abitudine di mettere in bocca fili d'erba. Nel caso riferito da Fuge e Junghans fu trovata al centro del tumore actinomicotico una spina di pesce lunga 4 o 5 cm. e fu facile ricostruire la via seguita dai funghi, benchè nessuna lesione della mucosa intestinale. fosse dimostrata. Nel caso nostro non esisteva una partecipazione grossolana dell'intestino, all'infuori di qualche aderenza parieto-viscerale, in corrispondenza del peritoneo ispessito.

Sono descritti i tumori e gli ascessi della parete addominale per opera di actinomicosi intestinale e non sono rari, ma in questi casi i sintomi del tumore addominale sono diversi da quelli osservati da noi. Nella nostra malata ci sono stati dolori addominali, ma senza disturbi funzionali, e non tali che possano fare ammettere una alterazione intestinale che d'altra parte l'osservazione diretta ci fece escludere. I tumori che provengono o sono secondari a processi intestinali in atto, sono generalmente più piatti e meno circoscritti, e dimostrano più l'aspetto di un flemmone.

Fuge e Junghans dicono che dal comportamento della pelle non si può trarre in generale alcun dato conclusivo per il determinismo del tumore, poichè anche nei casi nei quali una actinomicosi dell'intestino porti ad una formazione di ascesso nella parete addominale, nei primi tempi, la pelle non mostra alcuna alterazione.

Steinthal cita nella *Handbuch der Praktischen Khirurg*, 3, 15, un caso di Rise il quale operò un malato avente un tumore della parete addominale con la diagnosi di sarcoma; in realtà si trattava un tumore actinomicotico, determinato da una scheggia di legno inavvertitamente penetrata dall'esterno.

Nel nostro caso dopo la rivelazione istologica della natura actinomicotica del tumore, ricerche volte a trovare un qualche corpo estraneo nel pezzo asportato sono riuscite infruttuose. La possibilità di infezione della parete addominale nel senso di lesione primitiva è chiarita dalle ricerche di Liske, il quale dimostrò che nelle feci umane si possono ritrovare funghi di actinomicosi.

Ora la nostra malata poteva precisamente albergare nell'intestino funghi raggiati, i quali, determinando una alterazione temporanea della parete o mediante il passaggio di un corpo estraneo (che non è stato dimostrato) o con un meccanismo del tutto ignoto, possono aver raggiunto la parete addominale e quivi essersi sviluppati. Sintomi che possono far pensare ad una partecipazione dell'intestino potrebbero essere rappresentati dai dolori sofferti dalla paziente per circa 6 mesi, ma allora dovremmo ammettere che ci siano state alterazioni intestinali che al momento dell'operazione erano completamente guarite, mentre i funghi avrebbero progredito attraverso gli strati dell'intestino verso il peritoneo localizzandosi e sviluppandosi nella parete addominale. In queste evenienze è noto che il focolaio consecutivo può essere connesso alla cicatrice intestinale da un semplice sottile tralcio fibroso (Kozinski).

L'infezione della parete addominale per via sanguigna nel caso esposto non pare ammissibile. È nota l'infezione del fegato a distanza, da una lesione intestinale, e la possibilità di una vera pioemia cronica con ascessi metasta-

tici in tutti gli organi (casi di J. Israel), in rapporto specialmente ad actinomicosi toracica o anorettale (Bensaude).

Dopo l'escissione del blocco flogistico è residuata per più di un mese una piccola fistola nell'angolo inferiore della ferita con una secrezione siero sanguinolenta. Abbiamo associato subito una cura iodica (joduro di potassio, endojodina, triod, ecc.) a dosi alte e oggi a distanza di 4 mesi l'inferma è completamente guarita, e la febbre cessata da molto tempo. Forse l'inferma sarà sottoposta ad applicazioni di raggi Roentgen.

RIASSUNTO.

L'A. riferisce un caso di actinomicosi della parete addominale la cui genesi rimane non troppo chiara. L'autore spiega il caso ammettendo o una pregressa actinomicosi ulcerativa dell'intestino con propagazione lenta al peritoneo parietale e alle pareti addominali, o una infezione prodotta da funghi latenti nell'intestino passata nella parete addominale mediante microtraumi (Bostrom) della mucosa a mezzo dei grani puntati o di frammenti di spighe di cereali.

BIBLIOGRAFIA.

BRANDESTEIN. *Ueber Bauch-aktinomykose.* Dtsch. Med. Wschr., 1920.

BAUMECKER. *Chirurgie der Strahlenpilzerkrankung beim Menschen.* Erg. Chir., 29, 1936.

ERB. *Beitrag. 2 Aetiologie der menschlichen Strahlenpilzerkrankung.* Bruns Beitr., 131.

FELCHIOR. *Klinische Erfahrungen über Kombiniert Jod-Roentgentherapie.* Berl. Klin. Wschr., 1916.

FUGE-JUNGHANS. Zentr. für Chir., n. 10, marzo 1935.

HÜTTL. *Aktinomycose der Wurnefortsatges.* Brun's Beitr., 84.

RISAK. *Zur Klinik der Aktinomykose des Rektums.* Dtsch. Z. Chir., 205.

SGALITZER. Wiener Klin. Wochen., pag. 75, 1938.

SUNTI E RASSEGNE

SISTEMA NERVOSO.

Le psicosi nelle malattie interne.

(KLIMKE. *Medizinische Klinik*, 30 giugno 1939).

È noto da tempo che nel corso delle malattie interne possono verificarsi forme psicotiche varie, se, ben inteso, nel gruppo delle malattie interne si comprendono non solo le malattie degli organi interni ma anche le infezioni, le affezioni generali come la carcinosi, le anemie, i disturbi endocrini, ecc.

Kräepelin ritenne che con il tempo si sarebbe potuto dal tipo dei disturbi psichici stabilire la diagnosi della malattia organica che ne sta alla base, sostenendo egli che ogni infezione, ogni intossicazione, ogni malattia organica ha la sua propria psicosi. Allo stato dei fatti ciò non sembra possibile o per lo meno appare esagerato. Tuttavia Bonhoeffer dimostrò che le psicosi che si verificano nel corso delle malattie infettive hanno sintomatologicamente alcun che di particolare, per il quale si distinguono dalle forme psichiche che si hanno in seguito ai traumi cefalici, allo strozzamento intestinale, agli avvelenamenti, malattie viscerali, ecc. Venne perciò alla conclusione che la psicosi costituisce uno dei sintomi del complesso morboso, e chiamò le varie forme di reazione psichica « tipi psichici di predizione ai disturbi esogeni acuti », comprendendo in essi i delirî, gli eccitamenti, gli stati crepuscolari, le allucinosi, i quadri amenziali a tipo allucinatorio, incoerente o catatonico, gli stati neurastenici, le sindromi anamnestiche. Ma il complesso psichico non corrisponde ad una determinata malattia nè ad una determinata lesione patogena esterna, come sosteneva Kraepelin. Solo i sintomi neurologici e somatici concomitanti consentono di porre la diagnosi della malattia o dell'alterazione fondamentale. In genere secondo i tipi di predilezione le sindromi psichiche determinate da lesioni cerebrali di origine esogena corrispondono alle sindromi endogene delle malattie ereditarie, alla schizofrenia, alla psicosi maniaco-depressiva, all'epilessia essenziale.

Il determinismo delle psicosi sintomatiche si può spiegare ammettendo che nell'organismo si producono sostanze estranee le quali producono sempre le medesime condizioni fisiopatologiche, la cui natura ci è ignota, e che in ogni caso hanno la loro espressione clinica nella psicosi stessa. Kleist chiama queste forme eteronome in contrapposto ai quadri morbosi endogeni che sarebbero omonome. È noto che il cervello è capace di reagire a differenti fattori con la medesima reazione: l'edema cerebrale si riscontra tanto nel tumore cerebrale, come nell'uremia, nell'eclampsia ed altre

condizioni. Con ciò però non si vuol dire che le psicosi sintomatiche siano sempre in rapporto alle medesime alterazioni organiche.

Non tutti gli individui nel corso della pulmonite, del tifo e simili o in seguito di un trauma cefalico hanno manifestazioni psicotiche. Vi sono di quelli che hanno reazioni psichiche nel corso di una pulmonite mentre in un precedente attacco della stessa malattia non ne avevano avute. Analogamente vi sono individui che reagiscono ad una condizione e non all'altra, alle infezioni e non alle operazioni o al parto e viceversa. Da ciò si deduce che la disposizione alle psicosi sintomatiche varia con i singoli individui e può variare anche nel corso della vita. Al riguardo ha una notevole importanza il fattore costituzionale. Nel 50 % dei casi di psicosi puerperale è dimostrabile una tara ereditaria familiare, con prevalenza di forme schizofreniche e maniaco-depressive.

Dipende dal rapporto tra fattori costituzionali e fattori organici se una determinata malattia si sviluppa o non. Se la sinergia tra fattori innati acquisiti è profondamente alterata l'organismo reagisce non solo con la malattia fondamentale ma anche con una psicosi sintomatica. Numerose osservazioni hanno dimostrata esatta la teoria di Bonhoeffer che, cioè, ogni azione nociva esogena può provocare come sintoma concomitante una psicosi non specifica, e che questa psicosi può in sostanza assumere lo stesso quadro quale che sia l'azione nociva che l'ha prodotta Al riguardo può valere il seguente esempio. Una donna durante la sua vita ebbe quattro psicosi sintomatiche, una volta dopo l'appendicectomia, una seconda dopo una pulmonite e due altre volte durante il puerperio. La psicosi, che durò ogni volta da due a quattro mesi, ebbe sempre i medesimi caratteri sintomatologici: stato di angoscia, confusione, idee di persecuzione, obnubilamento della coscienza.

È importante notare che in parecchi individui le psicosi sintomatiche hanno alcun che di analogo con malattie mentali sofferte da altri membri della famiglia: una donna che in occasione di ogni mestruazione era tormentata da una crisi di angoscia aveva avuta una zia morta in manicomio con malinconia agitata.

Il tipo di predilezione della psicosi sintomatica è in rapporto anche con l'età del soggetto: nelle malattie febbrili i bambini hanno delirî in genere leggeri, mentre i giovani hanno depressioni emotive ed i vecchi una forma che si avvicina alla sindrome di Korsakow. Comunque l'elemento quasi costante di queste psicosi sintomatiche è un grado più o meno accentuato di obnubilamento della coscienza.

Il tifo è la malattia infettiva che più frequentemente dà disturbi psichici: segue la pulmonite che al 3° o 4° giorno può dare stati deliranti abbastanza gravi; l'influenza solo in alcune pandemie (ad es. quella del 1918) ha dato spesso forme psicotiche.

I vizî di cuore in fase di scompenso sogliono dare stati angosciosi e confusionali con irrequietezza motoria, fatti che sembrano sono causati dai due fattori, l'angoscia cardiaca già preesistente alla psicosi e la confusione in rapporto all'alterata funzione cerebrale. Ma sindromi analoghe si hanno anche in altri stati morbosi, si deve, perciò concludere che non è possibile una netta distinzione delle singole psicosi a seconda della loro etiologia.

DR.

Contributo allo studio dei traumatismi cranio-cerebrali. Patologia dello spazio subdurale.

(ROSSIER J. *Journal de Chirurgie*, n. 5, 1939).

Studio della patologia dello spazio subdurale, limitata alle lesioni chirurgiche che vi si possono riscontrare e che nella pratica come conseguenza dei traumatismi cranio-cerebrali, sono suscettibili di una terapia chirurgica.

Se anatomicamente lo spazio subdurale è stato giustamente paragonato a una cavità articolare, dal punto di vista anatomo patologico le lesioni chirurgiche di questo si possono classificare in: emorragie recenti, in raccolte liquide non incistate (igroma subdurale), in pachimeningite emorragica o ematoma subdurale cronico e in pachimeningite emorragica traumatica reattiva. Macroscopicamente il chirurgo che opera un malato affetto da ematoma subdurale constata un quadro tipico: la dura madre è tesa, bleu-verdastra, non pulsa, è ispessita e incisala fuoriesce in quantità variabile un liquido sotto tensione xantocromico o brunastro o francamente emorragico, frammisto al quale si possono rinvenire dei coaguli. I sintomi principali che possono condurre a questo intervento sono: nell'anamnesi il fatto di un traumatismo cerebrale pregresso, l'esistenza di un intervallo libero talvolta molto lungo, i sintomi di ipertensione intracranica intermittente o a poussées successive; all'esame obbiettivo sintomi diversi di localizzazione, frequentemente una sindrome frontale, la presenza di liquido cefalo rachidiano chiaro o xantocromico. Sindrome non ben definita che spesso conduce a diagnosi errate di tumori o di psicosi. Circa la patogenesi, abbandonata la teoria infiammatoria, rimangono quella dell'emorragia subdurale, e infine quella dell'osmosi accettata da tutti gli AA. a complemento e spiegazione. Sono descritti quattro casi clinici i quali si prestano ad alcune discussioni circa la patogenesi dell'ematoma subdurale. Nel primo si vede, dopo un grave traumatismo, lo spazio subdurale inondato di sangue puro, una vera emorragia subdurale. Nel secondo in seguito

a un traumatismo meno grave si è visto lo spazio subdurale essere riempito di liquido cefalorachidiano; igroma subdurale. L'osservazione terza è un tipico esempio di ematoma subdurale proveniente verosimilmente da una emorragia nello spazio subdurale e dalla sua organizzazione. Infine nel quarto caso si trattava di una pachimeningite emorragica endogena. Per la cura l'A. si è limitato a un intervento limitato con la tecnica indicata da Mc Kenzie di Toronto. Si pratica una trapanazione temporale o temporo parietale di circa 3 cm. di diametro, si incide in seguito la dura madre a croce, si aspira il contenuto dell'ematoma, si lava la cavità con siero fisiologico caldo, si dilacera la membrana interna e si mette in sito un drenaggio la cui estremità affiora alla faccia interna della dura e che è di grossissimo calibro (1,5 cm. di diametro); non solo vi si possono passare delle sonde per sentire la distanza alla quale si trova la corteccia, ma immettere il becco di un aspiratore e sotto il controllo della vista riconoscere la profondità della cavità residua. Si idrata il malato e quando si ha la certezza che il cervello ha ripreso il suo volume normale si toglie il drenaggio e si fa una sutura in due piani dell'incisione. Questa tecnica semplice e facile ha già dato ottimi risultati. BENDANDI.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Il rapporto di azione crono-inotropica del complesso glucosideo della "Digitalis lanata" sul miocardio umano ipertrofico-insufficiente.

(P. OCCHIONI. *Archiv. d. Scienze mediche*, settembre 1939-XVII).

L'A. si riferisce alle ricerche di Stoll e Kreis, che dalla digitalis lanata hanno isolato il complesso glucosideo iniziale denominato *Digilanid*. Dal Digilanid i suddetti AA. hanno ottenuto tre diversi glucosidi digitalici, denominati: Diginalid A, B e C. Nella Digitalis purpurea non esiste un glucoside corrispondente al Digilanid C, che per tanto si trova esclusivamente nella Digitalis lanata. Questa differenza in contenuto glucosideo tra la d. lanata e la d. purpurea ha spinto diversi AA. ad occuparsi delle rispettive differenze di azione.

L'A. ha intrapreso ricerche concernenti lo studio clinico-elettrocardiografico dell'azione di tutto il complesso glucosideo della d. lanata (Digilanid A-B-C) sul miocardio umano ipertrofico-insufficiente.

L'A. conclude che:

1) Gli effetti inotropici del complesso glucosideo della digitalis lanata nel miocardio umano ipertrofico-insufficiente, sono nettamente superiori a quelli del complesso glucosideo della d. purpurea, e presso che pari, se non per celerità, per intensità di azione a quelli del digitaloide K-Strofantina.

2) Gli effetti cronotropici diretti od indiretti, nel nodo del seno del complesso glucosideo della d. lanata, a miocardio umano ipertrofico-insufficiente, sono nettamente superiori a quelli del digitaloide K-Strofantina, e modicamente inferiori a quelli del complesso glucosideo della d. purpurea.

3) Gli effetti batmotropici negativi del complesso glucosideo della d. lanata, tanto frequenti nell'uso del complesso glucosideo della d. purpurea (extrasistolia, bigeminismo extrasistolico), grazie all'estesissima gamma della sua tollerabilità, sono presso che nulli. Gli effetti batmotropici positivi sono tanto brillanti quanto gli effetti inotropici (scomparsa dell'extrasistolia ventricolare concomitante la insufficienza del cuore, scomparsa della fibrillazione auricolare a tipo parossistico con ritorno del ritmo sinusale).

4) Gli effetti dromotropici negativi sono presso che nulli, contrariamente a quanto accade di frequente nell'uso del complesso glucosideo della d. purpurea. Gli effetti dromotropici positivi nel miocardio ipertrofico-insufficiente sono direttamente proporzionali a quelli inotropici.

5) Le azioni crono-batmo-dromo-inotropiche del complesso glucosideo della d. lanata si ingaggiano nel miocardio umano ipertrofico-insufficiente, cronologicamente prima di quelle del complesso glucosideo della d. purpurea e dopo di quelle del digitaloide K-Strofantina; scadono molto tempo dopo di quelle del digitaloide K-Strofantina, e poco tempo prima di quelle del complesso glucosideo della d. purpurea.

6) Gli effetti clinici attestano sistematicamente tanto la brillante azione sistolica, quanto il felicissimo rapporto d'azione crono-inotropica del complesso glucosideo della d. lanata.

7) Il complesso glucosideo della d. lanata, trova indicazione tanto nella prevalente insufficienza del cuore destro, quanto nella prevalente insufficienza del cuore sinistro, ed è sempre preferibile tanto al digitaloide K-Strofantina, quanto al complesso glucosideo della d. purpura.

8) La via ottima di somministrazione si è addimostrata quella endovenosa. S. F.

Esami istofisiologici sull'effetto anti-infiammatorio degli astringenti.

(M. GUNTERWALLBACH. *Arch. des mal. app. dig.*, giugno 1939).

Con il nome di astringenti sono largamente usate in terapia molte sostanze che esercitano sulle mucose un'azione vasocostrittiva e protettiva per coagulazione proteica superficiale. I vari test finora proposti per il controllo di tale attività antiflogistica paiono all'A. insufficenti. Viene così applicato il metodo istofisiologico con risultati soddisfacenti. La te-

cnica seguita è la seguente: in topi bianchi veniva provocata con podofillina una forte flogosi intestinale con infiltrazione di linfociti e leucociti nella sottomucosa.

Aggiungendo alla podofillina dell'acido tannico le lesioni permangono, se pure attenuate, nel solo colon. Identico effetto protettivo si verifica con l'acetiltannino, che pure in vitro è incapace di una coagulazione proteica e con la tannalbina, che contiene già una proteina fissata al tannino. Un buon effetto antiflogistico ha pure il percloruro di ferro. Al contrario il sottonitrato di bismuto ha un'azione molto debole, sopprimendo solo nello stomaco i segni della flogosi, non agendo per nulla sul colon. Nessuna azione protettiva ha il nitrato di argento, mentre che il proteinato di tannino diacetilico e d'argento composto, privo di potere coagulante o necrosante, ha una forte azione antiflogistica .L'A. ha ripetuto gli stessi esami usando al posto della podofillina altre sostanze (stibiato di potassio, olio di ricino) notando qualche differenza nell'azione protettiva degli astringenti. In nessun caso si misero in evidenza membrane necrotiche sulla mucosa, e ciò probabilmente perchè le sostanze vengono a contatto con altre proteine prima di giungere alla parete intestinale. La proteina viene perciò già fissata come nel caso della tannalbina e questo spiega la sconcordanza con le prove in vitro. Così pure non sembra probabile che l'azione antiflogistica dei capillari consista nel rendere impermeabili le pareti capillari.

In conclusione, proponendo il metodo per il controllo degli astringenti, non ritengono il loro potere antiflogistico in rapporto con le proprietà coagulanti nè caustiche.

SIBILIA.

TECNICA MEDICA.

La trasfusione di sangue conservato.

(GRIMBERG A. *La Presse Médicale*, 22 aprile 1939).

La trasfusione di sangue conservato ha fatto in questi ultimi anni reali progressi; essa rappresenta un mezzo veramente efficace quando non è possibile ricorrere alla trasfusione di sangue fresco, che rimane sempre il metodo migliore. Le statistiche di Bagdarasoff e dei centri di Burgos e di Barcellona durante l'ultima guerra civile in Spagna dimostrano l'innocuità di questo metodo e i reali benefici che se ne possono trarre.

L'A. dopo aver ricordato brevemente la storia di questo metodo, passa in rassegna tutti i fattori da cui dipende la riuscita della conservazione del sangue. La raccolta deve essere fatta con una asepsi oltremodo scrupolosa: il sangue non deve essere traumatizzato e sarà conservato alla temperatura di + 1° a + 4°; il vetro dei recipienti deve essere perfettamente neutro. Per quanto riguarda gli anticoagulanti, i migliori risultati si sono ottenuti col siero I. H. T. (Istituto d'Ematologia e di Trasfusione di Mosca) con il citrato di sodio, con il siero glucosato. Un altro anticoagulante degno di rilievo e di studio è l'eparina, che è anticoagulante naturale esistente in tutti i tessuti, ma principalmente nel fegato, polmoni e muscoli, il suo uso non è ancora entrato nella pratica corrente dato l'alto costo.

Con sangue disseccato o defibrinato pare non si siano avuti risultati soddisfacenti.

L'A. ricorda brevemente le modificazioni morfologiche e chimiche del sangue e il tempo di conservazione che varia a seconda del modo di raccolta e del liquido conservatore. Secondo Bagdarasoff il sangue si conserva 20-34 giorni in soluzione gluco-citrata, 14-21 giorni in soluzione I. H. T.

Dopo aver dato alcune norme tecniche circa la raccolta e circa la trasfusione del sangue conservato e dopo aver detto che il sangue può essere prelevato sia dai donatori, preferibilmente del gruppo IV (O), sia dai cadaveri di traumatizzati al massimo dopo 6 ore dalla morte, l'A. è d'avviso che per ottenere reali benefici da questo metodo, specie in tempo di guerra, in cui non è sempre facile praticare per varie contingenze trasfusioni di sangue fresco, occorre organizzare dei centri di raccolta di sangue conservato come è stato fatto in questi ultimi tempi in Spagna.

JADEVAIA.

La raccolta del sangue placentare.

(A. GRIMBERG. *Paris Médical*, 21-28 ottobre 1939).

Col precisarsi e col meglio conoscersi da parte dei medici le indicazioni per la trasfusione di sangue, diviene sempre più preoccupante la ricerca delle fonti di approvvigionamento del sangue stesso, specialmente nei piccoli centri. Si rende perciò sempre più importante la conoscenza di una fonte di sangue trasfusibile che non costa nulla: la raccolta cioè del sangue placentare. Tale raccolta è stata proposta nel 1932 da Vinograd-Finkel e la tecnica di essa è abbastanza semplice. Appena tagliato il cordone e allontanato il bambino, il cordone stesso viene preso tra indice e pollice sinistro e pulito con un tampone di garza imbevuta di alcool a 75° per una lunghezza di 15-20 cm.: si taglia allora nuovamente il cordone dieci cm. più in alto e si fa passare il suo capo attraverso una pezza sterile da cui viene così protetta la mano che regge il cordone. Si toglie la pinza emostatica dal cordone e si lascia defluire il sangue in un recipiente sterile contenente la soluzione anticoagulante. L'operazione dura circa tre minuti e la raccolta media è di circa 100 cmc.

di sangue. Si deve aver cura di prendere a parte un po' di sangue per la ricerca della reazione Wassermann e del gruppo sanguigno.

Il sangue placentare contiene 6.750.000-7.000.000 globuli rossi e ciò è una buona proprietà perchè così 100 cmc. di sangue placentare equivalgono in globuli rossi ed in emoglobina a 150 cmc. di sangue di un donatore normale; inoltre il sangue placentare non contiene allergeni di origine alimentare e perciò dà più raramente luogo a chocs dopo la trasfusione. Infine, nelle zone malariche, il sangue placentare non contiene nè schizonti nè gameti. Di fronte a questi pregi, il sangue placentare ha il difetto di infettarsi facilmente: ma con la pratica si può arrivare ad ottenere il 100 % di campioni sterili.

È necessario tuttavia controllare sempre i campioni prima del loro impiego. Tale controllo si può fare in due modi:

1) Cultura del sangue in brodo semplice e biliato.

2) Passaggio di una corrente di ossigeno nel sangue conservato: se il sangue non è infettato il gorgogliamento in esso dell'ossigeno gli conferisce quasi istantaneamente un bel rosso-vivo, se invece il sangue è infetto non si ha cambiamento di colore (Duran Jorda).

Il sangue placentare si deve quindi considerare come una fonte gratuita e comune di sangue: esso, conservato in ghiacciaia a 2°-6° conserva le qualità stimolanti e di sostituzione del sangue fresco, soprattutto se viene adoperato entro dieci giorni dalla raccolta.

F. TOSTI.

DIVAGAZIONI

Mobilità degli spermatozoi e loro capacità fecondante.

Si adotta generalmente come criterio per giudicare della fertilità dell'uomo il numero e la mobilità degli spermatozoi. Le curiose osservazioni di F. I. Seymour (*Journ. amer. med. ass.*, 6 maggio 1939) sembrano dimostrare che tali criteri possono essere fallaci. Ella aveva sotto le sue cure una coppia crucciata perchè in 11 anni di matrimonio non aveva ancora avuto figli. Lui, un professore universitario, completamente dedito allo studio ed alla ricerca scientifica, in cui veniva anche aiutato dalla moglie. Gente di vita essenzialmente intellettuale, con un quoziente d'intelligenza di 140 %; agli S. U. A. sono in uso queste valutazioni dell'intelligenza, in cifre precise come per la statura e per il peso!

Entrambi perfettamente sani, lei con apparato genitale perfettamente normale e mestruazioni normali; lui, pure, in perfetta salute, con 94.000.000 di spermatozoi per cmc., ben mobili per 18 ore. Nel canale cervicale della moglie, gli spermatozoi del marito erano ben mobili, il che dimostra che l'ambiente vagino-uterino non era sfavorevole alla loro vita.

Noi ci saremmo arrestati a questo punto, mettendo un enigmatico interrogativo sulla questione. Ma la medichessa newyorkese vuole andare in fondo e trova 16 donne volonterose, sterili, col proprio marito, che si prestano col consenso di questi, ad essere fecondate artificialmente. E Mister K. provvede gli spermatozoi alle 16 donne, oltre che alla propria moglie. Ma niente! Mister K. viene allora sottoposto ad una cura speciale, con dieta crudista, cipolle, droghe, crostacei, ergosterina, estratto testicolare, ma tutto fu inutile e le 17 donne rimasero infeconde.

Ci voleva la controprova. E si trova un uomo un po' meno intelligente (il quoziente marcava 120 %), ma con spermatozoi più vivaci di quelli di Mister K., poichè essi erano mobili per 31 ore; padre di due figli, ma con la moglie che praticava il « birth control ». Tutte le 17 donne, ivi compresa Mrs. K., vennero fecondate artificialmente e rimasero incinte. Delle 13 che hanno finora partorito, 11 ebbero maschi. La fecondazione artificiale venne praticata per ogni donna 4 volte, al 6°, 10°, 12°, 14° giorno dalla mestruazione.

L'osservazione è interessante perchè dimostra che i nostri mezzi di esame sono spesso insufficienti allo scopo e troppo grossolani, in confronto delle fini strutture degli esseri viventi. La mobilità, la durata di questa sono le sole cose che noi vediamo della vitalità degli spermatozoi; ma vi deve essere qualche carattere ben più profondamente insito in queste nostre cellule vivaci, che danzano intorno all'uovo, perchè possano aggredirlo e conquistarlo. Noi vediamo la morula e la gastrula, noi costruiamo una complicata architettura di *gen*, ma non abbiamo dinnanzi a noi che vane apparenze e complicate ipotesi di un insondabile mistero.

Un'altra considerazione può essere suggerita da questa osservazione ed è l'abisso che separa la nostra mentalità da quella di paesi dove tali fatti possono accadere. Il maschio che feconda 17 femmine e diventa così in breve tempo padre per 17 volte, lo si può concepire in zootecnia, per il miglioramento della razza bovina od altro. Ma che ciò possa accadere, ed in serie come nel caso attuale, per i nostri simili, è cosa che non può non destare ripugnanza, specialmente pensando ai particolari necessari perchè tale funzione si compia. Un figlio è qualche cosa di più sacro del semplice risultato di un'amfimiia; e non si può immaginare quali potranno essere i rapporti di queste coppie, con un padre che non è padre e con una donna che è divenuta madre non con l'amplesso che conclude l'ardore di una passione, ma mediante una siringa colla bava di un ignoto estraneo. Ma forse, noi non siamo che dei retrivi; in un do-

mani, che potrebbe anche essere non molto lontano, chi sa che anche la fecondazione non diventi funzione di Stato? Sulla base di teorie che un altro indirizzo di scienza potrebbe dimostrare fallaci, già si procede altrove alla sterilizzazione coatta; ancora un passo e si può arrivare alla fecondazione artificiale, per ottenere delle razze selezionate, la ominicultura (il vocabolo è già stato coniato) come si fa la suinicultura. Ed il risultato? « Naturam expelles furca, tamen usque recurret ».

A. FILIPPINI.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA

NICOLA PENDE. *Trattato di biotipologia umana.* Vallardi, Editore, Milano, 1939.

Il Trattato di Biotipologia del Pende è la documentazione fattiva della sua operosità geniale; 18 anni or sono, coniando il termine « Biotipologia », Pende definiva il grande significato medico-filosofico ed il vasto campo di applicazioni sociali di questa scienza della personalità dell'uomo, e da allora con costante lavoro ha continuato a sviluppare i rami che dal grande tronco si dipartono.

Continuatore dell'opera dei sommi italiani Achille De Giovanni e Giacinto Viola, ha innestato sul tronco morfologico della costituzione i germogli dell'endocrinologia e della fisiologia individuale, della auxologia, della biochimica umorale, della neurologia vegetativa e della psicologia umana differenziale.

Il metodo del Pende quindi della indagine biotipologica non è, come facilmente può essere inteso da cultori superficiali di costituzionalismo, un allargamento o un completamento di conoscenze finora esistenti nel campo delle dottrine a base prevalentemente morfologica o prevalentemente psicologica, sulla costituzione individuale. Ma è tutta una nuova impostazione medico-filosofica e pratica della *scienza dell'uomo totale*, perchè solo colla biotipologia del Pende è affrontato e analizzato, fino al grado di massima perfezione oggi possibile, il difficile problema della conoscenza da una parte; della valutazione, del miglioramento e della difesa igienica dall'altra, dell'uomo totale, inteso come unità psicofisica inscindibile.

Il metodo di Pende, mentre non rifiuta valore allo studio analitico matematico o biometrico statistico, all'indagine del dettaglio, pone però a base della diagnosi biotipologica *il giudizio sintetico* di tutto il complesso unitario e correlazionistico dei caratteri morfologici, umorali, funzionali, morali e intellettivi dell'individuo esaminato. Come dice Joanny-Tornueau « ciò che bisogna misurare con precisione non è innanzitutto il dettaglio, ma il fondo dei fenomeni ancora così impreciso per noi ». I dati analitici, le misure singole, anche se messe tra loro in correlazione, non possono mai sostituire quella sintesi clinica, essenzialmente intuitiva ma logica al tempo stesso, che sola è capace di approssimarci alla concreta e completa conoscenza del biotipo umano. Ed infatti se noi pensiamo che l'uomo vivente è fatto di caratteri potenziali e di caratteri appariscenti, che ogni individuo cioè racchiude in sè caratteri e condizioni non ancora realizzate ed esteriorizzate e quindi non rilevabili al momento dell'osservazione, subito comprendiamo l'impossibilità di determinazioni metriche definitive a base di giudizi o diagnosi tipologiche.

Coltivando da moltissimi anni il campo della endocrinologia e gli studi sul sistema neurovegetativo, Pende era naturalmente il più atto ad imprimere alla dottrina costituzionalistica questo indirizzo nuovo fondato sulle correlazioni e sull'unità somatico-psichica. Gli ormoni e gli apparati nervosi della vita vegetativa rappresentano infatti i ponti di congiunzione tra forma del corpo, temperamento funzionale ed umorale dell'individuo, qualità affettive e volutive, qualità intellettive.

Il nuovo trattato scritto con forbita eleganza è la saggia guida per il medico che vuol conoscere l'uomo, che, pur rimanendo sempre il grande sconosciuto, può in parte essere discoverto da chi vuole apprenderne i segreti.

Nella prima parte dell'opera sono ampiamente esposti, con veduta storico-critica, i cardini della biotipologia, cioè « della scienza dell'architettura e della ingegneria del corpo umano individuale ». Il medico è con ciò l'architetto che cura le volute costruttive dell'organismo umano, ed è pure il saggio ingegnere che di questo meraviglioso congegno deve conoscere i dettagli più minuti, perchè la grandiosa e magnifica costruzione, oltre che apparire, sia veramente forte e bella. In una brillante rappresentazione costruttiva il Pende figura la sintesi del biotipo individuale scaturita dall'apice di una piramide avente per lati l'aspetto dinamo-umorale, quello intellettivo, quello morale e quello morfologico, più il patrimonio ereditario quale base. Questa perfetta concezione geometrica definisce e racchiude tutto l'uomo, nelle sue facoltà psichiche e fisiche, e come tale è studiato dal Pende in questo trattato di sintesi biologica umana.

L'uomo dal suo primo vagito, dai suoi primi maldestri passi, durante lo sviluppo che dal Pende è definito turgor primus, nella piccola pubertà o proceritas prima, nel turgor secundus cioè dai 9 agli 11 anni, nella proceritas secunda, durante il periodo della pubertà o turgor tertius, nella fase post-pubertaria fino all'età adulta è osservata secondo il sintetismo vitalistico ippocratico, che ancora una volta documenta il dinamico equilibrio della natura.

Il severo rimprovero ad una metodologia

materialistica, che potremmo raccogliere dalla bocca di Faust « chi vuol conoscere e descrivere un essere vivente, cerca prima di scacciarne l'anima e finisce per trovarsi fra le mani i pezzi separati, avendo rotto il legame che li univa » ha nell'opera nuova il suo plauso. In quelle pagine l'uomo è sentito come realtà unitaria vivente, che se vale conoscere, assai più bisogna indagare per quale causa essa sia divenuta tale. Ogni fase dell'umana vita dopo essere analizzata nelle sue fisiologiche manifestazioni, è studiata in visione sintetica nel suo sviluppo fisico e psichico.

Dopo lo sviluppo normale dell'uomo sino all'età adulta, l'A. illustra la biotipologia dell'epoca di deformazione e della vecchiaia. Nella terribile realtà della caducità termina questo capitolo con realistico e nostalgico accento, scrivendo « che la revisione del motore umano in quest'epoca, la revitalizzazione dell'organismo con mezzi adatti sarebbe forse capace di ritardare, anche di parecchi anni, la gelida vecchiaia ».

Il Pende passa poi a definire il biotipo femminile nelle sue caratteristiche del corpo e dello spirito, nelle sue varietà ed ectipie. Termina questa interessante prima parte collo studio dei rapporti coll'ambiente cosmico e sociale e dell'adattamento dell'individuo.

Nella seconda parte di questa opera l'A. mette in rilievo le incrinature del metodo analitico applicato alla scienza medica intesa come l'arte di guarire gli ammalati. La sconfitta del criterio analitico, che per molto tempo si illuse di camminare verso la conoscenza del grande mistero della vita, è notata da Pende quando scrive che « la biotipologia è veramente la base razionale della clinica medica intesa come diagnosi e cura di singole individualità malate e non di singole malattie od entità morbose. Il difficile per il medico moderno non è dunque tanto il conoscere una data entità o specie nosologica, ma il riconoscere la specie di malato colpito da tale entità nosologica ». La necessità della profonda conoscenza biotipologica dell'individuo palesa in eloquente modo la eterna corrispondenza tra elemento psichico e quello somatico, la misteriosa sintesi tra fisico e psiche; costituisce la dimostrazione dell'asserto fisiologico dell'unità in natura. Sorge così la vera medicina preventiva, la saggia medicina sociale che vuol migliorare l'individuo riplasmandolo nelle sue deboli forme prima che l'aggravamento funesto distrugga la benefica vitalità. Sono scritte con profonda chiarezza le possibilità umanitarie di un futuro scientifico che tuteli la madre ed il padre, in un'atmosfera di sanità di corpo e di spirito, capaci di garantire il dono della salute ai figli. La dottrina biotipologica conduce poi il Pende nei campi fioriti dell'arte, la sua penna sa indagare tra le tele ed i marmi l'ideale sognato dall'artista; infine egli ci descrive nella sua perfezione somatico-psichica l'atleta nelle varie manifestazioni della attività sportiva.

Il biologo italiano rivolge poi il suo pensiero di medico alla classe dell'operaio, ne studia i bisogni e dopo averne conosciuto il temperamento e le inclinazioni tenta di provvedere a che ogni lavoratore sia orientato verso il meglio, per la sua salute, per la sua mente e per il più profiguo rendimento sociale.

Trasporta poi il lettore a meditare sulla criminalità. Già egli sogna, nell'anelito della generosità, la profilassi criminale, che, propizia, muterà tante giovani coscienze incriminate dal morbo morale; studia il piccolo delinquente dal punto di vista biologico e cioè psicofisico per aiutarlo e migliorarlo nelle sue individuali anomalie. Pone infine le basi della nuova eugenica, che sarà medicina costituzionale e medicina preventiva.

Il Pende con questa nuova opera ha incastonato nella sua produzione scientifica la gemma più fulgida di tutta la sua dottrina, che mira a conoscere l'uomo per perfezionarlo nel corpo e nello spirito.

La Redazione.

CENNI BIBLIOGRAFICI (1)

M. BERGAMINI. F. LO PRESTI-SEMINERIO. Manuale di Puericultura e d'Igiene infantile. Tipografia Editrice Donati. Parma, 1939.

Presentato autorevolmente dal prof. Cannata, clinico-pediatra di Palermo, è questo un buon libro, di sana ed elementare cultura pediatrica. Scritto per le Allieve delle Scuole Medie Femminili del Regno, si contradistingue per esattezza di nozioni scientifiche e pratiche, purezza di linguaggio scevro altresì da inutili verismi e per la perfetta aderenza ai programmi ministeriali.

Di notevole utilità pure alle ostetriche, alle assistenti sanitarie ed a tutte le maestre d'asilo-Nido perchè fornisce loro fondamentali nozioni di fisiologia infantile e di razionale allevamento del bambino dalla nascita alla pubertà. Anche i medici, incaricati dell'insegnamento di tale disciplina, troveranno in questo libro una facile guida alla trattazione della materia da svolgere per dare alle giovani donne d'Italia elementi istruttivi adeguati alla sacra missione cui sono destinate per la salvezza delle Famiglie e lo sviluppo della Nazione.

Merito particolare degli AA. è quello poi di aver saputo sintetizzare in pochi capitoli la immensa mole di provvidenze e di attività effetfettuate dal Fascismo a favore del fanciullo e della madre nel campo della più nobile e totalitaria assistenza. *a. p.*

(1) Si prega d'inviare due copie dei libri di cui si desidera la recensione.

Igiene e razionalità in uno stabilimento di Milano

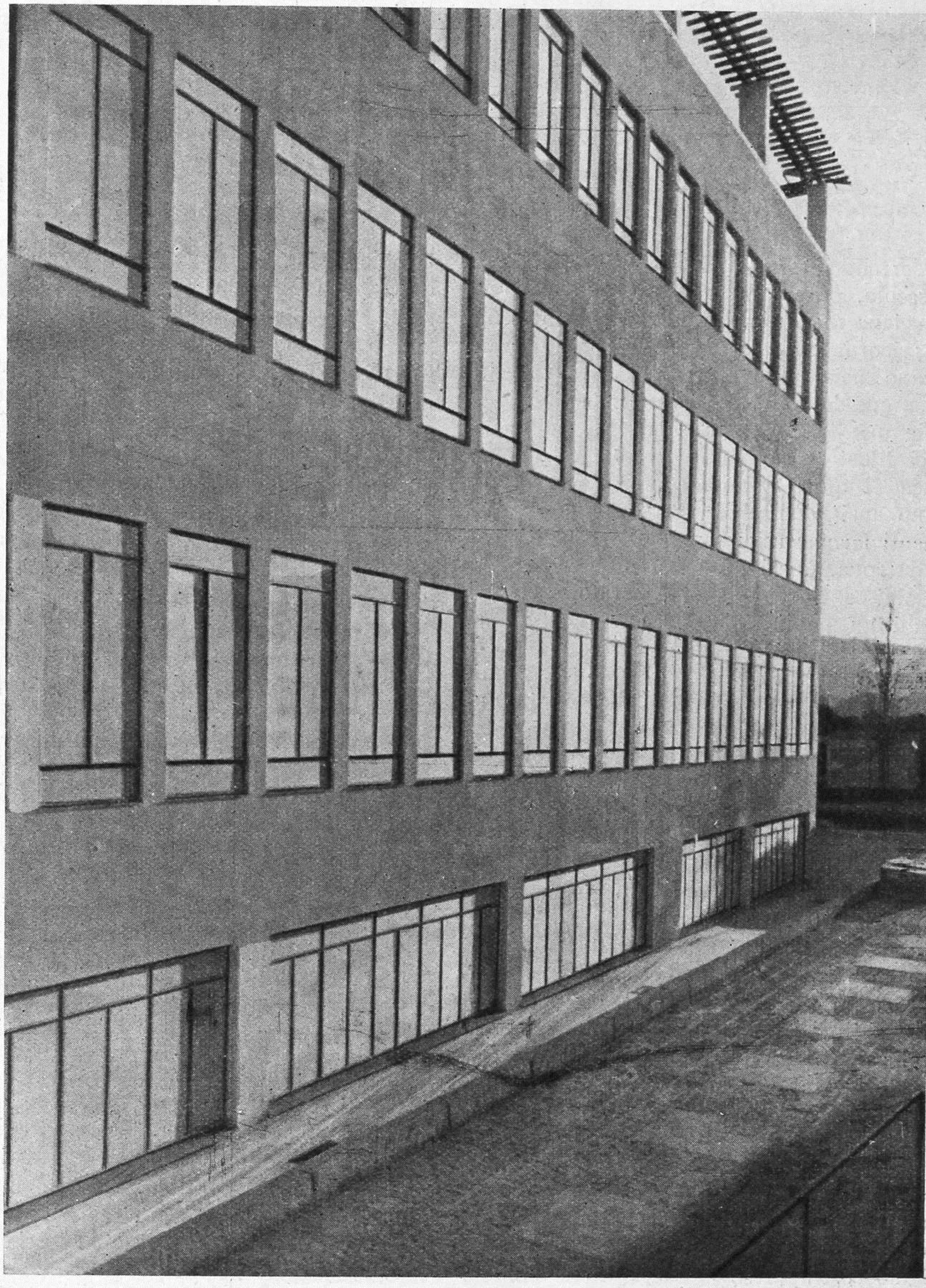
I trent'anni della Roche

Percorrendo le vie di Milano sorte, nel nostro secolo, oltre i famosi « Corpi Santi » di carducciana memoria, ci si accorge facilmente che i ricordi medici, diretti o indiretti, non mancano nei quartieri fuori porta Venezia. Dalle mura del vetusto Lazzaretto, al quale si intitola una lunga « contrada », ai nomi dei medici illustri che hanno fornito la toponomastica di un intero quartiere, i ricordi diventano anzi più frequenti perchè molti stabilimenti farmaceutici sono stati costruiti nella bella zona, quasi tutta del primo novecento. Colpisce l'occhio dell'osservatore che si soffermi un po' in Piazzale Durante, che ci rammemora il Maestro buono e grande di Chirurgia, un certo edificio di quattro piani, lindo, « razionale » e, come si dice oggi, funzionale, testè costruito.

L'edificio nelle giornate in cui trionfa il sole, per la insueta superficie messa a vetri riflette i raggi a dismisura, con un curioso fenomeno; nelle giornate di nebbia trionfa invece la sua luce artificiale e appare come un gran dado luminoso sforacchiato piacevolmente dalle finestre.

Quarant'anni fa qui erano prati; trent'anni fa, tra i prati, sorse la Roche, cosicchè si può inferire che a far ricordare fra il popolo un insigne chirurgo (Francesco Durante predilesse, col suo conterraneo e amico Gaetano Gaglio, il digalén di Cloetta), abbia senz'altro contribuito la destinazione dell'area. La curiosità talvolta si fa tiranna per chi si occupi di igiene edilizia o semplicemente di ingegneria sanitaria magari da dilettante: quindi dalla domanda alla visita accurata dello stabilimento è stato breve il tempo e lo spazio. Abbiamo così appreso molte cose che non sapevamo; ad esempio che la gomma dei pavimenti esterni e interni, il grès delle scale e delle capaci vettine, il vetro porcellanato delle pareti, le varie soluzioni tecniche in ceramica, sono tutte cose di produzione italiana autarchica. Che la lavorazione, altresì, dei prodotti Roche è tutta autarchica: dalla digitale sarda (la migliore del mondo) alla adonide friulana, che Roche esporta da Milano in tutto il bacino mediterraneo ed oltre (un carico di Digalén per la Jugoslavia era pronto su capaci carrelli elettrici e filava via silenziosamente, da sè). E veniamo a qualche particolarità tecnica: come ad esempio alla infialettatura in un determinato ambiente, in atmosfera di gas inerte, o in ambiente carico di speciale vapore, come si fa per l'acetilcolina. Abbiamo poi saputo che l'acqua occorrente per lo stabilimento proviene da un pozzo artesiano perforato « in loco », autarchico come origine storica modenese e autarchicissimo per attrezzamento, ideatori e maestranze, tutti milanesi. Abbiamo poi ammirato il condizionamento d'aria. Gli ambienti « condizionati » hanno una cubatura totale della capacità di 6000 mc. L'impianto è calcolato per 120 persone e per un ricambio totale d'aria di 3 volte all'ora d'inverno, di 5 volte d'estate. L'acqua viene aspirata per un sistema di docce, di raffreddamento, di pre- e post-riscaldamento. D'estate, con 32° C. esterni, s'immette nei locali aria a 26° con umidità massima del 59 %. D'inverno s'immette aria a 20° con umidità del 45 %. Si può segnare l'umidità e la temperatura richiesta su appositi igrostati e termostati: da questi — mediante valvole collegate a motori e inserite nelle tubazioni — l'impianto viene regolato in modo perfettamente automatico.

Il riscaldamento è a circolazione d'acqua forzata. Le caldaie sono di tipo Strebel e hanno dimensioni diverse per le diverse stazioni e le diverse esigenze dell'impianto. Si ha un totale di 93 mq. di superficie riscaldante calcolata per 20° nei laboratori e uffici, di 15° C. nei corridoi, scale, ecc., con temperatura esterne di — 5°.



... un dado « funzionale » lucido tutto a provvide e luminose finestre.



... potrebbe sorgere all'ombra dell'albero la « fontana » del Giardino d'Esculapio.

Il problema della illuminazione, cui abbiamo accennato in principio, è risolto egregiamente. Le finestre assicurano in tutti gli ambienti il « flusso » necessario alle più meticolose lavorazioni; l'illuminazione elettrica è a sistema indiretto, automatico, e, in alcuni ambienti, per interferenza.

Nei locali semi-interrati la superficie delle finestre che prendono luce da un piano inclinato a 45° giunge, dal ventesimo di norma, ai cinque decimi. Lo scantinato è garantito contro l'umidità per doppio isolamento. Una doppia parete esterna « a tenuta », infatti, isola le fondazioni della cantina. Sotto il cosiddetto piano teorico dell'acqua, anche a metri 2,50, l'assenza di umidità è assoluta.

Il giardino è veramente degno del « Giardino di Esculapio », la indovinata, graditissima, aristocratica pubblicazione di cui la Roche, locupleta — è la parola — l'abito umanistico dei medici italiani che l'apprezzano.

E giacchè siamo a parlare di tale rivista, non dispiaccia ai medici italiani che si ricordi come essa costituisca un raro fenomeno nel campo delle pubblicazioni cosiddette di propaganda. Dalla veste tipografica alla scelta degli argomenti, dal « taglio » (per usare una parola giornalistica intraducibile in parole comuni) degli articoli (chiamamoli così impropriamente, perchè sono veri studi o saggi) tutto appare scelto con grande buon gusto, in armonia con lo stesso buon gusto seguìto nelle confezioni Roche e nella costruzione che abbiamo ammirato.

L'indice decennale del « Giardino di Esculapio » permette di avere un chiaro paradigma dei punti toccati e degnamente illustrati; esso indice è stato ed è guida ispiratrice preziosa per giornalisti e scrittori e vi si può vedere quali e quante glorie nostre vi siano state celebrate e con quanta pensosa, attenta e nobile cura.

La raccolta del « Giardino » è già una rarità bibliografica e la lettura lenta di esso che consente di riassaporare e rievocare, riesce quanto mai grata a chiunque abbia conservato o meglio — come si dovrebbe — aumentato il suo patrimonio ideologico umanistico. Attraverso questa lettura ci è lecito, per parafrasare le parole di Niccolò Machiavelli, entrare nelle menti *degli antiqui huomini*, e parlare con loro; ci è lecito seguire anche attraverso la storia aneddotica, ravvivata da colpi improvvisi di buona filosofia, l'evoluzione del dottrinale medico e più latamente scientifico.

Allora la funzione del medico, la sua intellettualità, si innalza e, se così può dirsi, si nobilita. Allora si comprende come l'ispirarsi alle eterne nostre fonti umanistiche giovi al corretto sillogizzare, e si comprende altresì come la vera cultura, la cultura « integrale », sia una sola e come debba prendere a buon diritto il marchio e il suggello della migliore tradizione italiana.

Forse alcuni medici non conoscono il « Giardino »; quelli che lo conoscono e lo gustano, si compiacciono di soffermarsi sulle bellezze e le finezze, espresse e intenzionali, dell'ottimo pascolo ideale che dà il periodico, il quale, per ripetere altre parole di Niccolò Machiavelli, anche con l'efficacissimo anacoluto, è *solum* nostro.

Un consiglio vorremmo dare, anzi, dopo aver ricordato il Segretario fiorentino anche in veste di curatore di sè stesso (si faceva preparare le pillole d'aloè patico troppo « forte », e si dice ne morisse e coll'isacén di oggi non sarebbe morto). Si faccia allogare nel recinto della fabbrica un « giardino dei semplici », che alberghi, non altrimenti da quello granducale famoso, o magari in serra, quelle piante da che trae la Roche i suoi farmaci. E faccia bella corona questo italianissimo giardino ad un'erma di Esculapio, simile a quella che ornò nell'antiporto, durante i primi anni, la fortunata rivista. E canti quel sottile e schietto chioccolìo di acqua cadente le lodi della nostra arte medica, la cui utilità sarà, da volenti e nolenti, celebrata sin che sarà l'uomo. Se si vuole (non ci starebbe di certo male), occhieggi in un angolo del nuovissimo verziere l'erma di Dioscoride. Di questi, dove meglio che qui, potrebbe ripetersi la definizione dantesca, di « buon accoglitor del quale »?

Dott. A. DELLA VEVERA.

W. CATEL. *L'assistenza al bambino sano e ammalato.* Vol. di pagg. 760. Edit. G. Thieme, Lipsia, 1939. Prezzo 18 RM.

Questo di Catel, direttore della Clinica pediatrica di Lipsia e della scuola per infermiere, è un vero trattato di puericultura scritto con la collaborazione di vari altri AA., e tra i più complessi. Per la ricchezza degli argomenti che vi sono compresi e per i numerosi dettagli tecnici è particolarmente utile come testo di consultazione: in primo luogo per le infermiere per bambini, ma anche studenti e medici vi troveranno nozioni e indicazioni utili. Consiste di tre parti: 1) Nozioni fondamentali (anatomia e fisiologia, leggi ereditarie, assistenza sociale e legislazione); 2) Assistenza al bambino sano (gravidanza e puerperio, sviluppo e alimentazione del lattante e bambino, assistenza infantile, i prematuri, educazione psichica, giochi e occupazioni); 3) Assistenza al bambino ammalato. In quest'ultima parte, molto vasta (un interessante capitolo è dedicato alle malattie chirurgiche e relativa tecnica assistenziale) quasi 150 pagine sono esposte, oltre alle cure generiche, le indicazioni per i vari procedimenti assistenziali e terapeutici che sono chiaramente descritti. È sempre lasciata da parte la terapia vera e propria come tutto quello che deve essere di esclusiva competenza del medico. Il libro è corredato da oltre 400 figure, molte colorate, che illustrano bene gli argomenti trattati e spesso danno una chiara e utile rappresentazione visiva delle manipolazioni o interventi da eseguire o della manifestazione morbosa da riconoscere (esantemi). P.

I. CALDEROLI. *Il problema tonsillare è problema demografico.* Un vol. in-8° di 101 pag. S.E.S.A. Bergamo. L. 10.

L'A. accenna dapprima ad una funzione endocrina delle tonsille e riporta in seguito numerose osservazioni desunte da una lunga pratica professionale. Esse stanno a dimostrare che — accanto ai benefici locali immediati — vi sono degli effetti tardivi dannosi, specialmente dal punto di vista del trofismo (aumento di statura e di massa) e del vigore fisico, psichico e sessuale. Come conseguenza di tale asportazione, si avrebbe un invecchiamento precoce, una decadenza dell'individuo, della famiglia, della razza, sicchè la tonsillectomia agirebbe sul problema demografico in senso peggiorativo.

Si può essere d'accordo con l'A. sulla probabile funzione endocrina delle tonsille e sulla necessità di andar cauti prima di asportare un organo qualsiasi del nostro corpo. Ma che proprio si abbiano — in genere — effetti tanto deleterî è forse da mettersi in dubbio; con i milioni di operati di tonsillectomia, ci sarebbe un enorme quantitativo di minorati, il che non ci pare evidente.

Ad ogni modo, le osservazioni dell'A. sono interessanti e meritano ogni considerazione; si potrebbe, fra l'altro, pensare che l'aumento di statura che si viene verificando in quasi tutti i paesi civili sia da attribuirsi in parte alla tonsillectomia. Il problema va studiato a fondo su un ampio materiale di varia provenienza, in modo da permettere un giudizio sicuro. *fil.*

H. KLEINSCHMIDT. *La paralisi infantile trasmissibile.* Vol. di pagg. 330. Edit. S. Zirzel, Berlino, 1939, 8 = Rm. 17,80.

In circa 330 pagine sono trattati diversi argomenti staccati, da differenti autori, riguardanti tutti la paralisi infantile. Pur evitando il carattere di libro di testo, l'insieme di questi capitoli, ognuno dei quali rappresenta anche il frutto di esperienze personali (dalla grande epidemia di Colonia del 1938), costituisce un ottimo riassunto dello stato odierno delle nostre conoscenze sulla malattia di Heine-Medin. Gli argomenti trattati concernono la etiologia, la patologia sperimentale, l'epidemiologia, l'anatomia patologica, i fattori predisponenti costituzionali, i fattori scatenanti, la clinica dei vari stadi della malattia, le forme abortive, la cura specifica, aspecifica ed ortopedica. Il testo è corredato da 26 figure. È un libro molto utile per medici e per studenti. P.

A. GUARINO, G. SOTGIU, A. DE GIORGIO. *Guida pratica di laboratorio ad uso clinico.* Un vol. in-8° di 256 pagg., con 111 figg. Ed. Minerva medica, Torino, 1939. Senza indicazione di prezzo.

Gli AA., tutti assistenti del prof. Gasbarrini, hanno riunito in questa buona « Guida » i principali e più pratici metodi di analisi a scopo clinico. Trattano così: il sangue (ricerche chimiche ed ematologiche), le urine, le feci, il succo gastrico e duodenale, gli essudati e trasudati, il liquor, occupandosi poi degli esami batteriologici, sierologici e parassitologici. Fra i pregi di questo libro è anche quello di evitare un affastellamento di nozioni e di metodi, limitandosi in generale a quelli che nella pratica degli AA. si sono dimostrati i più adatti. Qualche volta ne risultano così delle mancanze, come quella di non avere riportato il metodo di Fontana per la ricerca delle spirochete. Per la ricerca delle amebe nelle feci, sarebbero desiderabili maggiori particolari di tecnica. Per quanto riguarda le urine, l'uso del fosfatometro non mi sembra che sia garanzia di buoni risultati ed è sempre preferibile la determinazione volumetrica; meglio tralasciare la ricerca che ricorrere a metodi poco precisi.

Questi ed altri piccoli rilievi si possono fare alla lettura del libro, senza che nulla tolgano al suo valore come guida pratica. *fil.*

I CONGRESSI NAZIONALI DI MEDICINA E CHIRURGIA

XLV Congresso della Società Italiana di Medicina Interna.

7 nov. 1939, ore 15.

(*Continuazione; vedi num.* 48)

Presidenza: proff. ALESSANDRI e FRUGONI

Seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia sul tema Morbo di Banti e sindromi affini.

Comunicazioni inerenti al tema di Relazione. (*)

CICERI C. (Dolo, Venezia). *Considerazioni su 11 casi di splenectomia per sindromi bantiane.*

STEFANI F. (Lendinara). *Sul trattamento chirurgico delle sindromi bantiane nello stadio ascitico.*

RUGGERI E. (Roma). *Su alcuni casi di splenomegalie di tipo fibro-congestizio trattati chirurgicamente.*

BARIATTI R. (Milano). *Il comportamento del metabolismo basale negli splenectomizzati.*

SPANGARO C. e MILLETI M. (Bologna). *Quadro istopatologico di sindromi Bantiane. Studio istologico di due splenomegalie bantiane e una tromboflebitica.*

GROSSI T. (Bologna). *Ematemesi e melene e splenomegalie.*

RINDONE G. (Milano). *Alterazioni epatiche da splenectomia.*

MARAGLIANO D. (Genova). *Splenectomia per splenomegalia tromboflebitica.*

Discussione della relazione.

FRUGONI C. (Roma). — Ammette che indubbiamente vi sono casi in cui esiste integrità vasale e che clinicamente mentiscono la sindrome di splenomegalia tromboflebitica. È necessario quindi cercare di differenziare i casi in cui esista o meno un processo tromboflebitico accanto a quello fibroso congestizio. In entrambi i casi possono aversi emorragie: queste però sono più frequenti nelle forme tromboflebitiche e così pure in queste l'episodio febbre-ascite è più frequente. Tali fatti quindi possono essere utili per la diagnosi differenziale.

FORNI G. (Bologna). — L'O. riferisce su 5 casi di splenectomia per sindromi bantiane: la prima in forma tipica all'inizio del secondo stadio; in altre due giovani donne al quadro clinico e anatomico si accompagnarono gravi emorragie gastrointestinali. Negli ultimi due malati dominava l'anemia e la splenomegalia: in un caso anemia ipocromica con linfocitosi spiccata, nell'altro anemia ipercromica con leucocitosi normale.

La splenectomia portò la guarigione operatoria per tutti i malati; che si può considerare definitiva per i primi due, operati da tempo.

SCHIASSI F. (Bologna). — È noto che l'unica alterazione della crasi sanguigna costante del M. di Banti è un'anemia ipocromica guaribile soltanto con la splenectomia. All'A. al contrario sono capitati casi di anemia ipocromica, microcitica splenomegalica, achilica, ferrosensibile, ed in alcuni operati è stato trovato il reperto tipico della milza bantiana. L'A. infatti ha descritto queste forme bantiane achiliche ferrosensibili col nome di « varietà acloridriche della sindrome bantiana ». Ora ricorda un caso venuto alla sua osservazione di anemia ipocromica microcitica achilica splenomegalica in cui, fallite le cure marziali, fece sottoporre il p. a splenectomia. L'O. ha potuto osservare dopo l'intervento un miglioramento della crasi sanguigna (fino a 5.100.000) ma il valore globulare è rimasto a 0,60, quindi globuli rossi poveri di emoglobina.

L'O. quindi ritiene che se nel concetto patogenetico delle anemie spleniche, il fattore splenogeno può giustificare la diminuizione dei globuli rossi, la componente ipocromica non può essere spiegata se non con una minorata ematopoiesi da attribuire all'achilia. Sul quadro ematico la splenectomia quindi farebbe aumentare i globuli rossi, mentre lo stato ipocromico rimarrebbe stazionario.

A. FERRATA. — Si rallegra con i R.R. per la concordanza generale delle loro conclusioni con quelle tratte dalla sua Scuola nei riguardi dell'importanza insostituibile del fattore congestizio, graduabile nell'evoluzione e sostituibile nel tempo da alterazioni complesse a carattere fibrotico, che realizzano appunto, in tutto o in parte il quadro anatomico bantiano.

Insiste particolarmente sul fattore tempo, come elemento essenziale per comprendere e spiegare le gradazioni evolutive e i risentimenti lontani, affermando che questo è appunto il fattore che non si riesce ad introdurre nell'esperimento, ma che in patologia umana ha invece un valore fondamentale.

Clinicamente, al di sopra di ogni concezione teorica, difende la consistenza della entità tromboflebitica primitiva di fronte al complesso gruppo delle sindromi sclero-congestizie senza ostacolo splenoportale, augurandosi che interventi operatori precocissimi vengano a portare utili contributi alla risoluzione di molti problemi che attendono ancora un chiarimento, perchè i reperti che abitualmente osserviamo al tavolo operatorio o all'autopsia sono nient'altro che l'esito di un lungo trasformarsi annoso, e tutti convergono verso un unico tipo di modificazione anatomica, con differenze più quantitative che qualitative, dalle quali è assolutamente impossibile trarre criteri di delimitazione nosografica.

Si rallegra infine che la conclusione degli AA. concordi col consiglio da lui ripetutamente messo in pratica e difeso da molti anni di intervenire sistematicamente con la splenectomia in ogni caso di splenopatia apparentemente primitiva, sia o non sia clinicamente accompagnata da segni di sofferenze bantiane naturalmente pur che la valutazione preoperatoria del malato ne dimostri l'operabilità.

ALESSANDRI R. (Roma). — Riferisce la propria esperienza che si basa su 109 casi di chirurgia

* Di queste, data la limitazione delle pagine, viene riportato solo il titolo.

splenica fra cui 79 splenectomie e 17 legature dell'arteria. Di questi interventi 38 riguardano morbi di Banti o sindromi affini; ne furono operati 36: di cui 31 di splenectomia e 5 di legatura della splenica. Riferisce di aver avuto notizie a distanza di tempo di 10 malati: 1 morì per malattia intercorrente, 1 morì idropico (la biopsia del fegato aveva dimostrato una cirrosi atrofica) gli altri stanno bene da vari anni.

Afferma che la legatura dell'a. splenica indicata per milze voluminose e con tenaci aderenze, può portare miglioramento specie nelle forme congestizie.

Si associa ai Relatori nella rivendicazione dell'idea bantiana affermando che se pure non è più possibile considerare il m. di Banti come un'entità precisa anatomo-patologica e clinica, si deve riconoscere che l'idea geniale di Banti ha aperto la via alla conscenza di molte forme morbose spleniche indicandone nettamente la cura nella splenectomia.

Si augura infine che le conoscenze della patologia spleno-epatica possano progredire attraverso una stretta collaborazione tra medici e chirurghia; tale collaborazione è stata realizzata in America con la creazione della Spleen Clinic di Whipple nella Columbia University, e l'O. pensa che qualche cosa di simili possa essere creato anche in Italia.

SABATINI G. (Genova). — Fra le denominazioni proposte dai Relatori di « Sindrome Bantiana » o « Banti-simile », egli ritiene che, senz'altro, debba scartarsi la seconda, che potrebbe falsare il concetto adottato.

Ritiene che le conclusioni, alle quali sono giunti gli AA., rappresentino una interessante tappa di affermazione clinica e di chiarificazione, corrispondente al momento attuale delle conoscenze in materia, essa ha il pregio non solo di richiamare pienamente alla vita ed alla attenzione la parte dimostratasi indistruttibile del pensiero del Banti, la visione cioè da lui per primo avuta dei rapporti morbosi, fra milza e fegato, ma anche di stabilire una piattaforma di partenza per ulteriori studi.

Non oserebbe però affermare come definitiva la riunione sotto un unico titolo di « Sindrome bantiana » di tutti i numerosi casi di patimento contemporaneo e consensuale spleno-epatico. Probabilmente la sindrome Bantiana comprende forme, che un più profondo studio avvenire permetterà di sceverare e separare.

Domanda ai Relatori quali sono i limiti che essi potrebbero fissare fra le forme estreme ascitiche della cosiddetta sindrome Bantiana e le comuni forme di cirrosi atrofica ascitica, soprattutto splenomegalica: separazione evidentemente necessaria per impedire che uno stesso malato possa essere indifferentemente diagnosticato affetto da sindrome.

PUCCINELLI V. (Roma). — Riferisce sulla propria esperienza comprendente 64 splenectomie di cui 20 p. sindromi Bantiane. Mortalità operatoria 20 % p. le sindromi Bantiane, 15 % p. le altre.

Preferisce la narcosi; nei casi gravi quella endovenosa con eunarcon. Ha sempre usato il taglio transrettale sin., poco traumatizzante, che dà ottima visione.

Le sue osservazioni personali lo spingono a consigliare l'allargamento della indicazione alla splenectomia specie nei casi nei quali l'inquadramento clinico della forma splenomegalica è ancora dubbia.

BIANCHIERI A. (Reggio Emilia). — Rivendica le ragioni teoriche a base della splenocleisi secondo Schiassi, e riferisce di alcuni casi ponorenali operati di splenocleisi che non potevano essere operati di ectomia per la loro gravità, già in atto come era un fatto epatico iniziale.

Risposta dei Relatori.

CESA-BIANCHI D. (Milano). — Deve un vivo ringraziamento innanzitutto a quanti hanno avuto parole di consenso e di lode per la loro opera di revisione e di rivalutazione della dottrina bantiana; opera apparentemente facile ma effettivamente irta di difficoltà inerenti alla materia stessa, alle grandi disparità di vedute, alla profonda trasformazione subita dalla primitiva concezione ed anche alla vasta e caotica letteratura accumulatasi in quasi mezzo secolo di vita.

L'ora tarda ed il grande numero di interlocutori — ne ha contati una ventina — non gli permettono di rispondere singolarmente come avrebbe voluto a ciascun oratore; ritiene più opportuno anche per ragioni evidenti di semplicità e di chiarezza rispondere invece ai principali problemi prospettati; lasciando al correlatore, prof. Cellina, di rispondere alle obiezioni riferentesi a questioni d'ordine patogenetico da lui specialmente trattate.

I punti che hanno richiamato l'attenzione di quanti hanno partecipato alla discussione sono essenzialmente tre: il primo si riferisce alla esistenza o meno della malattia di Banti intesa in senso stretto e quindi da tener distinta dalle splenomegalie primitive congestizio sclerose; il secondo si riferisce ai criteri differenziali fra le diverse sindromi bantiane ed alla loro importanza diagnostica, prognostica e terapeutica; il terzo ai rapporti ed ai limiti fra sindromi bantiane e cirrosi epatiche ipersplenomegaliche.

Sul primo punto l'accordo è stato quasi completo nel senso di non potere oggi più ammettere la esistenza di un morbo di Banti inteso in senso stretto e cioè entro i confini segnati dal suo autore per estendere invece la concezione bantiana a tutto il gruppo delle splenomegalie primitive congestizio sclerose, che a buon diritto, data la comune patogenesi, possono essere chiamate sindromi bantiane. Qualche voce discorde per vero dire si è elevata specialmente da parte di alcuni chirurghi, intesa a tener distinto il morbo di Banti dalle splenomegalie da stasi portale, da atonia e congestizio-sclerose.

Ma l'O. si domanda come, una volta cadute come effettivamente lo sono le concezioni etiologica, anatomica ed anche clinica coi classici tre stadi e con la obbligatorietà della lesione epatica secondaria, possa essere ancora mantenuta la figura classica del morbo di Banti. Che come tale esso sia da abbandonare lo dimostra ancora il fatto che oggi la malattia di Banti intesa in senso stretto non viene quasi più diagnosticata neppure fra di noi. E qui sarebbe proprio il caso, rinnovando a più di 40 anni di distanza quanto ha fatto il nostro venerando Presidente, professor Maragliano, in una memorabile discussione con lo stesso Banti, di dover difendere

Banti contro Banti, nel senso di dover difendere la primitiva concezione bantiana, quella dell'anemia splenomegalica degli adulti, contro la seconda concezione quella della splenomegalia primitiva con cirrosi epatica secondaria, in quanto la successiva lesione epatica, pur essendo frequente ed importante, rappresenta un fenomeno secondario ed in ogni caso non necessario nella concezione di un quadro clinico che fa della milza primitivamente colpita il centro morboso motore di tutta la sindrome.

La malattia di Banti spogliata di quanto era in essa di caduco ed arricchita delle nuove conoscenze portate dal progresso della tecnica medica, sotto la denominazione più esatta e più comprensiva di sindrome oggi entra a far parte identificandosi con le splenomegalie primitive congestizio-sclerose; rappresenta anzi il prototipo delle splenomegalie congestizio-sclerose a carattere prevalentemente scleroso, come tra l'altro lo dimostra in modo indubbio l'esame degli stessi preparati della ricca casistica bantiana, nei quali accanto a fatti più o meno dominanti di sclerosi splenica, esistono altrettanto indubbi, anche se più o meno largamente rappresentati, fatti congestizi od esiti di fenomeni congestizi.

Il secondo punto che ha richiamato l'attenzione di numerosi oratori è quello riferentesi ai criteri che in pratica possono servire per distinguere fra di loro i diversi tipi di sindromi bantiane intese nel senso indicato e cioè come splenomegalie primitive congestizio-sclerose. Problema difficile in quanto fra questi diversi tipi non esistono limiti netti nè compartimenti stagni, esiste anzi tutta una gamma di forme di passaggio per cui in pratica una loro distinzione è quasi sempre ardua. A parte, difatti, la splenomegalia tromboflebitica, intesa in senso stretto e cioè da occlusione in campo splenoportale, il cui quadro clinico, più specialmente per quel che riguarda l'episodio febbre ascite, sul quale ora ha giustamente insistito Frugoni, può ritenersi sufficientemente caratteristico, pur soffrendo anch'esso di eccezioni forse neppure troppo rare, per le restanti forme di splenomegalie primitive congestizio-sclerose è assai difficile indicare dati differenziali che possono offrire una sufficiente garanza di sicurezza anche ai puri fini della pratica medica.

Personalmente abbiamo ritenuto di poter distinguere due tipi di splenomegalie primitive congestizio-sclerose: il primo a carattere prevalentemente congestizio, il secondo a carattere prevalentemente scleroso; con splenomegalia cospicua, emorragipara, scarsamente anemizzante ed a tardiva od assente compenente epatica il primo; con splenomegalia forse un po' meno cospicua, scarsamente o punto emorragipare, con anemia di tipo splenico e con costante successione epato-cirrotica, il secondo. Ma fra questi due tipi fondamentali tutta una gamma di forme di passaggio rende in pratica spesso difficile la loro identificazione, che pure ha grande importanza oltre che diagnostica anche dal punto di vista prognostico e da quella ancora dell'indicazione terapeutica. Ma qui può soccorrerci ancora, oltre ai caratteri suddetti, la evoluzione del processo morboso meno prolungata, più grave, più burrascosa, più ricca di complicanze nel primo tipo; assai prolungata invece, meno grave, meno burrascosa meno ricca di complicanze, almeno fino all'instaurarsi della epato-cirrosi, nel secondo tipo.

Per cui dal punto di vista terapeutico, mentre la splenectomia, unico intervento che possa riuscire efficace e forse anche definitivamente efficace in queste affezioni quando sia tempestivamente attuato, trova una precisa indicazione nelle splenomegalie primitive congestizio-sclerose a carattere prevalentemente scleroso e quindi più tipicamente bantiane, trova invece indicazioni più limitate nelle splenomegalie a carattere prevalentemente congestizio, e tanto più limitate quanto più spiccato è il carattere congestizio fino ad arrivare ad un quasi assoluto astensionismo nelle splenomegalie a carattere tipicamente tromboflebitico. Od almeno in queste condizioni l'intervento chirurgico deve essere valutato caso per caso e tanto più severamente quanto più rapido è il decorso, più spiccati i fatti congestizi, più frequenti le manifestazioni emorragiche, in rapporto ai pericoli che esso offre, per il grave squilibrio circolatorio, per la frequente insorgenza di fenomeni splenoprivi, per la facilità del collasso ecc. Di minore importanza a questo riguardo sono forse le aderenze ed è poi certamente il volume della splenomegalia; tumori di milza, difatti, anche cospicui possono essere asportati con tutta tranquillità quando sono compatti, massicci, a carattere spiccatamente scleroso o anche parenchimatoso, come avviene ad esempio, per le spesso enormi splenomegalie della vecchia anemia splenica di Griesynger, oggi identificabile con la non rara anche se quasi mai diagnosticabile in vita pseudoleucemia linfatica splenomegalica; mentre tumori di milza anche assai meno cospicui ma a carattere precalentemente congestizio presentano sempre pericoli notevoli e frequenti e non raramente purtroppo mortali, a più o meno breve distanza dalla loro asportazione.

E giacchè siamo in tema di terapia ricorderà ancora che la roentgenterapia nelle splenomegalie di tipo bantiano non solo non è efficace ma può essere anche pericolosa; i vantaggi, in realtà sono transitori, con essa conseguiti nel caso ricordato da Dario Maragliano sono probabilmente da attribuire alla coesistenza in questo caso da una componente diatesica emorragica, sulla quale la roentgenterapia può effettivamente avere esercitato una benefica influenza.

Il terzo problema in discussione, quello dei rapporti e dei limiti fra sindromi bantiane, intese come splenomegalie primitive congestizio-sclerose, e cirrosi epatiche ipersplenomegaliche, è certamente il più difficile e forse oggi non ancora solubile. Personalmente abbiamo creduto di tener distinti questi due gruppi di forme morbose in base ad un criterio puramente cronologico e cioè in base alla apparentemente primitiva localizzazione della « noxa » e quindi all'apparente primitività delle lesioni nella milza, oppure in base alla loro contemporanea localizzazione in entrambi i visceri ipocondriaci. Criterio essenzialmente cronologico, anche se clinico, e quindi criterio fallace; ma oggi, allo stato attuale delle nostre conoscenze, non possiamo nè dobbiamo andare più in là.

Chiude ringraziando tutti i colleghi che, consentendo o dissentendo, hanno partecipato alla discussione; inviando un reverente saluto al venerando Presidente della Società Italiana di Me-

dicina Interna, senatore prof. Edoardo Maragliano, che ha voluto presenziare alla discussione; e pienamente consentendo con quanto ha affermato l'illustre Presidente della Società Italiana di Chirurgia, prof. Alessandri, sul carattere di spiccata italianità che spetta al capitolo delle splenomegalie primitive e più in generale a quello delle sindromi associate epato-lienali, in primo luogo per l'opera geniale di Guido Banti e poi per quella successiva e tenace di una larga schiera di studiosi italiani.

M. Cellina (Milano). — Dopo quanto ha detto il suo Maestro ben poco gli resta da aggiungere. Desidera tuttavia ringraziare i Maestri che con la loro parola hanno voluto benevolmente lodare la sua fatica ed in particolare il prof. Ferrata per le sue lusinghiere espressioni a suo riguardo.

Ritiene tuttavia utile chiarire alcuni punti che forse nella brevità dell'esposizione sono rimasti un poco in ombra così da dar luogo ad interpretazioni non rispondenti al loro pensiero. Quando nella discussione critica delle splenomegalie congestizie abbiamo affermato che il trombo in sede splenica o portale non deve essere considerato la causa della splenomegalia, non abbiamo creduto neppur lontanamente di poter negare la frequenza e tanto meno la esistenza di trombosi in campo portale. Abbiamo solo voluto chiarire il nostro pensiero, preciso al riguardo, nel ritenere che la trombosi lieno-portale non rappresenta altro che una conseguenza od un epifenomeno di un vizio circolatorio già precedentemente istituitosi. Ciò almeno nella grande maggioranza dei casi di trombosi cronica, mentre quando si tratti di trombosi acuta sicuramente dimostrabile, come nel caso recente di Ferrata ed in un altro di nostra osservazione, la milza in genere non assume quelle dimensioni che presenta di solito nelle forme croniche, non solo, ma anche quando si è in un primo tempo ingrossata, tende rapidamente a ritornare a un volume pressochè normale con modalità quindi pienamente sovrapponibili a quelle riscontrate sia negli esperimenti che nelle osservazioni anatomiche del Lubarsch.

L'affermare che la trombosi sia, a loro modo di vedere, un fenomeno secondario, non necessario nè sufficiente all'istituirsi della sindrome, non significa negare o sottovalutare l'importanza della trombosi per se stessa, la quale una volta istituitasi, rappresenta realmente una complicanza di notevole gravità sopratutto per quello che riguarda un eventuale intervento operatorio. Siamo pertanto pienamente d'accordo col prof. Frugoni nel riconoscere la grande importanza sopratutto prognostica della complicazione tromboflebitica o trombotica. Purtroppo, a loro modo di vedere, non esistono condizioni tali da permettere una sicura differenziazione in vita, potendosi, come già detto, ciascuno dei segni ritenuti probativi per una trombosi in campo spleno-portale essere presente anche quando questa trombosi sicuramente non esista.

I risultati della splenectomia già molto aleatori quando si tratti di trombosi semplicemente splenica divengono poi assolutamente sfavorevoli quando si tratti di una propagazione o di una primitiva localizzazione del trombo nel campo della porta. La trombosi portale rappresenta infatti, diremo con Eppinger, un « noli me tangere »: purtroppo però anche le possibilità di diagnostica differenziale nella localizzazione di un trombo nel campo splenico, nel campo portale sono ancora molto aleatorie, anzi, a nostro modo di vedere, non esiste nessuna caratteristica sicura per l'una o per l'altra localizzazione salvo i grossolani segni di ascite persistente di reticolo venoso diffuso o prevalente a destra, ecc., che stanno a dimostrare il grave interessamento del circolo addominale.

Per quel che riguarda poi l'importanza dell'episodio di febbre-ascite nel differenziare una forma semplicemente da ristagno da una forma di trombosi o di tromboflebite della splenica, come ha oggi ribadito il prof. Frugoni, noi crediamo di dover mantenere l'opinione già espressa, assolutamente negativa in proposito.

Non possiamo pertanto accettare l'opinione, anche se suffragata dalla grande autorità del prof. Frugoni, che l'episodio di febbre ascite non stia a rappresentare altro che la conseguenza di una diffusione del processo tromboflebitico dal campo splenico al campo portale. In questo nostro convincimento noi siamo sostenuti dal fatto di aver avuto in osservazione alcuni casi nei quali accanto a tipici episodi di febbre ascite postematemetica, non si è avuto poi al riscontro autoptico la presenza di alcuna alterazione di tipo tromboflebitico in campo splenoportale. Ma oltre a ciò, anche altri importanti criteri si oppongono alla ammissione di questa patogenesi strettamente anatomica dell'episodio di febbre ascite. Infatti è difficile comprendere, ad esempio, come possa il versamento ascitico ripetersi 8-10, fin 12 volte in conseguenza dell'episodio emorragico e sempre rapidamente riassorbirsi, quando questo fosse dovuto ad una propagazione del trombo nel campo portale, dato infatti che è difficile ammettere che un trombo possa ogni volta estendersi e successivamente rapidamente ricanalizzarsi e ciò per parecchie volte di seguito. Pur ammettendo quindi che in un certo numero, forse anche abbastanza grande di casi, la patogenesi dell'episodio di febbre-ascite sia quella voluta dal Frugoni, noi riteniamo che nella comparsa del fenomeno debbano essere messi in primo piano, oltre allo stato di ipertensione portale, sempre esistente, anche altri fattori strettamente connessi con l'emorragia, fattori di tipo funzionale, che trovano forse nell'ipoonchia plasmatica, conseguente all'emorragia stessa e nella penetrazione di sostanze tossiche d'origine splenica le loro cause più importanti.

Sul significato dei casi riferiti dal prof. Schiassi è difficile farsi un'opinione precisa essendo veramente difficile decidere se in questi casi si sia realmente trattato di una pura e semplice associazione di una splenomegalia di tipo bantiano in soggetti portatori di un'anemia achilica ipocroma, o se si tratti invece di un particolare aspetto ematologico di vere e proprie malattie di Banti. È un fatto che, come ha giustamente ricordato or ora il prof. Ferrata, il carattere essenziale delle sindromi bantiane è per quel che riguarda l'anemia quello di una sindrome da iporigenerazione midollare o meglio da blocco midollare. Ma è certo che i casi come quelli descritti dal prof. Schiassi e quelli più recenti di Chini e collaboratori (casi che non devono poi essere molto rari dato il numero ormai abbastanza abbondante di

osservazioni) meritano realmente una più attenta osservazione per comprendere, come già disse Micheli se si tratta qui semplicemente di una casuale associazione oppure di un particolare aspetto nosologico della malattia di Banti.

In quanto alla domanda rivolta dal prof. Sabatini: quale sia il criterio distintivo fra le sindromi bantiane e le cirrosi ipersplenomegaliche, domanda realmente insidiosa e di difficile risposta, noi non possiamo che confermare quanto abbiamo scritto al proposito nella nostra relazione. Ci siamo in quella affidati al criterio che potrà sembrare lapalissiano ma che è invece essenzialmente clinico della apparente primitività dell'alterazione splenica o epatica, intendendo con ciò dire che riteniamo sindromi bantiane i casi in cui la localizzazione splenica è apparentemente primitiva e dominante e la localizzazione epatica solamente secondaria, mentre riteniamo come cirrosi ipersplenomegaliche quelle in cui l'alterazione epatica e splenica è cronologicamente contemporanea e clinicamente parallela.

Nel chiudere queste nostre poche parole dobbiamo ancora rivolgere un riconoscente pensiero a tutti coloro i quali hanno voluto portare la loro parola di conforto alla nostra fatica che è stata veramente grande data l'oscurità del problema delle splenomegalie primitive e delle sindromi bantiane, problema che è stato in parte chiarito sopratutto per opera delle Scuole mediche italiane ma che rappresenta ancor oggi uno dei problemi di più difficile interpretazione della clinica medica.

CASTIGLIONI G. (Milano). — Al prof. Stefani che ha risollevato la questione delle possibilità di splenectomizzare forme con asciti conferma che forme ascitiche possono essere con successo operate di splenectomia quando l'ascite tardiva non ha sicura espressione di sbarramento da cirrosi atropica progredita. In questi casi ciò che domina l'indicazione di intervenire più che l'ascite è il grado di funzionalità epatica. Ricorda a proposito della questione sollevata sulle legature che Bombi ha recentemente operate pare con successo un nuovo caso di splenomegalie con cirrosi acitogena. È d'accordo per quanto riguarda l'associazione della Talme Tansini sempre che il fegato funzioni sufficientemente.

Il prof. Maragliano ha chiesto per quali forme la legatura sia più efficace. Ha avuto l'impressione che la legatura serve particolarmente nelle forme con larga componente congestizia. Non si meraviglia che nel caso ricordato dal Maragliano alle legature sia seguito sfacelo splenico poichè la legatura fu fatta all'ilo.

Non ritiene anch'egli dimostrata l'utilità della terapia irradiante. Alle ragioni già esposte da altri aggiunge il pericolo che prodotti della lisi splenica possano peggiorare le condizioni epatiche pel loro trasporto per via portale.

È stata risollevata da Forni e altri la questione se mantenere la denominazione M. Banti per le forme che più tipicamente riproducono la descrizione del Maestro. Ciò è evidentemente possibile ma ritiene che la denominazione comprensiva di Sindrome Bantiana, che pur mantiene il nome del grande Maestro italiano, semplifichi il problema.

È lieto che il prof. Alessandri sia pienamente d'accordo circa il posto da assegnare alle legature in confronto della splenectomia secondo quanto ha detto nella relazione.

Riconferma a proposito di quanto fu detto da Ferrata il precetto da lui sostenuto nella relazione di non attendere troppo a consegnare il malato al chirurgo, pur ritenendo anch'egli necessario, come ha detto anche Cesà-Bianchi un adeguato studio e preparazione dell'operando: coefficiente primo di successo, purchè non venga eccessivamente prolungato. Il prof. Bianchieri a nome del prof. B. Schiassi è venuto a dolersi perchè nella sua relazione è scritto che per quanto lo Schiassi vanti buoni successi, l'esperienza è troppo limitata per poter ammettere la praticità del metodo che a priori non persuade.

Che il metodo a priori non possa persuadere è cosa che ha dovuto affermare in base ai criteri informativi del procedimento anche recentemente ribadito dallo stesso Schiassi (luglio 1938). Infatti lo Schiassi presupponendo come ha presupposto che a base dell'anemia splenica stiano fatti di iperemolisi intrasplenica non ha tenuto conto del concetto discriminativo delle Sindromi Bantiane che come è stato da tutti ammesso e come è stato oggi qui riconfermato dovrebbe essere caratterizzato da criteri vari tra cui in primo luogo dall'assenza di processi di ipermolisi come Banti stesso ha affermato.

Per quanto poi riguarda l'esperimento pratico i casi di splenocleisi pubblicati sono troppo pochi e troppo personali per poter avere valore dimostrativo e per poter scuotere presupposti teorici.

Dopo vari lustri da che è stata proposta, la splenocleisi non ha trovato il consenso della pratica applicazione da parte dei chirurghi a differenza di ciò che risulta per la splenctomia che conta molte centinaia di interventi e della legatura arteriosa che pure conserva la milza. La splenocleisi poi non può essere praticata nei casi di milza fissa come ha detto anche il prof. Biancheri oggi e se deve perciò venire limitata alle forme con estese aderenze non vede la ragione di preferirla alla splenectomia o anche alla semplice legatura che hanno il vantaggio di esportare l'organo la prima, di modificarne il regime circolatorio la seconda, quando la milza non sia esteriorabile facilmente o quando le condizioni generali non lo consentono.

All'incontro la splenocleisi non modifica l'apporto sanguigno splenico e lasciando aperte le vene lascia persistere aperto il trasporto dannoso splenoepatico che il genio di Banti ha divinato e che l'osservazione anatomo clinica e le esperienze di Pettinari hanno confermato. I risultati favorevoli che Biancheri vanta non possono a suo avviso essere dovuti che alle splenofissazioni cioè al convogliamento del sangue splenico per nuove vie secondo il meccanismo delle splenopessi; ma non al meccanismo invocato da Schiassi e oggi patrocinato da Biancheri. Del resto il tempo e l'esperimento, se l'intervento verrà accettato praticamente, daranno il giudizio definitivo.

PETTINARI V. (Milano). — Ringrazia gli OO. e dopo quanto ha così chiaramente risposto il prof. Castiglioni rinuncia ad aggiungere altro.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA

Malaria cronica e infantilismo.

V. Maxia (*La Clin. Medica ital.*, maggio-agosto 1939) riferisce dettagliatamente il caso di un contadino sardo, di 17 anni, malarico cronico con notevole epatosplenomegalia, il quale presentava un ipoevolutismo generale senza disarmonie, che, per l'ipogenitalismo spiccato fino alla mancanza dei caratteri sessuali secondari e la persistenza di caratteri psichici infantiii, è un vero caso di infantilismo.

Dell'infantilismo sono state fatte varie classificazioni.

Zondek ha distinto:

1) infantilismo di natura endocrina;

2) infantilismo distrofico (che si identifica con quello tipo Lorain) che si ha per disturbi alimentari, malattie dell'encefalo, vizi cardiaci, lues, alcoolismo dei genitori.

Secondo Pende il fattore distrofico ha importanza solo in quanto altera la funzionalità endocrina, che è sempre la causa dell'infantilismo.

Il Paltauf ha creato il nome di nanismo a tutti i casi con deficienza di statura e il Rössle ha distinto il nanismo secondo l'alterazione della glandola endocrina che ne è la causa (ipofisario, disgenitale, ipotiroideo, ecc.).

Oggi si fa una distinzione netta fra nanismo e infantilismo.

Viola e Schiassi hanno fatto così la classificazione dell'infantilismo (questa è la classificazione più moderna):

1) infantilismo vero universale di Falta o costituzionale di Bauer;

2) Infantilismo ghiandolare (ipotiroideo o ipofisario);

3) infantilismi viscerali (cardiaco, pancreatico, intestinale, epatico, splenico);

4) infantilismo associato a cerebropatie (mongolismo, sidrome di Little, idiozia amaurotica, epilessia).

Pende ed altri accettano solo l'origine tiroidea ed ipofisaria dell'infantilismo, negando quella surrenalica, timica, paratiroidea.

Nel caso dell'A. non v'erano segni a carico della tiroide, mentre a favore dell'origine ipofisaria presentava sella turcica piccola, ritardo dell'eliminazione dell'acqua e una deficienza di concentrazione. Inoltre c'era ipoglicemia e questa si modificava per azione del prolan.

Il Maxia ritiene che nel suo caso l'infantilismo possa imputarsi alla malaria di cui il paziente cominciò a soffrire all'età di due anni e ricorda quattro casi di malaria perniciosa in cui Guccione descrisse alterazioni ipofisarie gravi.

Già prima di lui Lanceraux e De Bonn e Macciotta hanno descritto casi di infantilismo malarico.

L.

Sport invernali e malattie polmonari.

Fiori (*Bollettino Soc. Med. Chirurgica Bresciana* 1938) in occasione del Congresso di medicina sportiva a Cortina d'Ampezzo, tratta, nella sua relazione, di questo importante argomento. Dopo aver premesso che gli sport invernali in montagna, date le particolari condizioni in cui si svolgono e il numero sempre crescente di appassionati che vi si dedicano, sono talvolta abbandonati alla ignoranza e all'empirismo, fissa delle direttive in rapporto a caratteristiche alterazioni dell'organismo come nel caso delle malattie polmonari. Valuta perciò con giusta severità, l'azione vantaggiosa o sfavorevole di un dato sport in quei soggetti nei quali si è potuto diagnosticare una lesione o mettere in evidenza un sintoma caratteristico o rilevare un esito di malattia.

Dopo aver trattato la questione del clima di montagna con le sue caratteristiche metereologiche e geologiche si sofferma sulla valutazione fisiopatologica dei vari sport invernali e specialmente su quello dello sci mettendo bene in evidenza le notevoli modificazioni, e ripercussioni che esso ha sui vari organi e sistemi.

Polarizza l'attenzione su di un complesso di affezioni che colpiscono vari segmenti polmonari ma soprattutto sulla tubercolosi e relativi postumi con quesiti e risoluzioni ben precise anche e soprattutto quando l'argomento assume per la sua importanza delle vaste proporzioni.

Insiste sul grave pericolo nel quale incorre il giovane sportivo non a conoscenza delle condizioni del proprio organismo e prospetta in tutta la loro significativa realtà sia al medico che al malato tre grandi problemi e cioè:

1) gli esercizi fisici possono avere delle ripercussioni dannose nei soggetti da tubercolosi polmonare ignorata?

2) può impunemente dedicarsi allo sport un ex ammalato di tubercolosi polmonare?

3) l'esercizio fisico assume una reale importanza nella profilassi antitubercolare?

La discussione che segue è interessante per i dati, le osservazioni ma soprattutto per lo spirito critico che informa ogni questione.

Finisce la relazione affermando che è la medicina che deve arbitrare lo sport a fine di improntarlo a giusti criteri di valutazione individuale dividendo i soggetti in vari gruppi a seconda del tipo costituzionistico, della potenzialità fisica e del regime degli esercizi.

A. P.

Tubercolosi delle tonsille. La sua incidenza e la sua origine.

Numerose relazioni furono fatte sull'incidenza della tubercolosi tonsillare da esami in serie di organi ottenuti con tonsillectomia.

Newhart, Coben e van Winkle su 100 malati adulti di tubercolosi polmonare trovarono tubercolosi tonsillare nel 48 %. Su 100 tonsille tolte a persone sane solo l'1 % avevano lesioni tubercolari.

Può sembrare strano che, con percentuale così elevata di tonsille colpite da tubercolosi, la diagnosi si faccia molto raramente. Questo si spiega col fatto che le lesioni tubercolari tonsillari sono profonde e non superficiali, e spesso sono molto circoscritte tanto che nel maggior numero dei casi se ne può fare la diagnosi solo coll'esame istologico.

Uno studio non solo istologico, ma anche clinico fu fatto da Urbantschitsch, che trovò 14 volte la tubercolosi su 100 paia di tonsille esaminate. In 13 casi su questi 14 c'erano lesioni tubercolari polmonari.

Col decrescere della morbilità per tubercolosi polmonare sono diminuiti anche i casi di tubercolosi tonsillare; così le osservazioni fatte all'università di Michigan nel 1925 dal Weller davano su 8697 paia di tonsille esaminate un tasso del 2,50 % di tubercolosi, mentre nel 1937 le osservazioni del Magu su 6359 paia di tonsille dava 0,44 % di forme tubercolari.

Secondo il Veller la tubercolosi criptica focale delle tonsille si ha spesso nei casi di tubercolosi polmonare aperta, le forme ulcerative tonsillari nei casi di dissolvimento massivo di forme focali criptiche e la forma diffusa, bilaterale, follicolare di tubercolosi tonsillare nei casi di tubercolosi generalizzata con invasione della corrente sanguigna.

Il Rössner distingue la tubercolosi tonsillare in esogena o primaria (per inalazione o per ingestione) e secondaria o endogena (per via sanguigna o linfatica o per l'espettorato).

Nonostante l'apparente rarità dell'infezione tubercolare tonsillare primaria, è diffusa l'opinione che le tonsille rappresentino un'importante via d'ingresso dei bacilli tubercolari. Nel disastro di Lubecca fu dimostrata la penetrazione attraverso le tonsille in maniera sperimentale.

C'è certamente un'associazione fra tubercolosi tonsillare e tubercolosi dei gangli linfatici cervicali.

9. R. Long, M. V. Scibert e L. M. Gonzalez (*The Arch. of Intern. Medicine*, aprile 1939) si sono occupati ampiamente del problema della tubercolosi tonsillare nella popolazione Indiana degli Stati Uniti. Esaminarono 1000 paia di tonsille di ragazzi e di adulti giovani. Trovarono tubercolosi tonsillare in 81 casi. Nella metà dei casi in cui fu possibile un'esame radiologico si trovò tubercolosi polmonare.

L.

TERAPIA

Esperienza clinica con globina-insulina.

Nel diabete è certamente preferibile usare un prodotto insulinico che invece di rilasciare continuamente l'ormone introdotto, ne liberi una quantità maggiore dopo i pasti. Questo, perchè usando la protamino-zinco-insulina, si possono avere fenomeni ipoglicemici la mattina. Ci sono appunto dei casi di diabete in cui è necessario abbandonare per questo l'uso della protamino-zinco-insulina e ritornare all'insulina Standard.

Un altro inconveniente della protamino-zinco-insulina è quello delle reazioni locali all'iniezione che a volte sono di natura allergica ma a volte sono dipendenti dal fatto che si inietta non una soluzione ma una sospensione.

Si comprende quindi la necessità di cercare altri composti dell'insulina che possano ovviare a questi inconvenienti.

Particolarmente promettente è una combinazione di globina-insulina e zinco. La sua azione dura il doppio dell'insulina Standard, ma agisce non molto tempo dopo l'iniezione, il che è nettamente in contrasto colla protamino-zinco-insulina.

L. Bauman (*The Americ. Journ. of the medic. sciences*, ottobre 1939) si è servito di una miscela di 80 unità di insulina per ogni cc. con globina in proporzione di 1000 unità di insulina su 38 mg. di globina e 3 mg. di zinco (sotto forma di $ZnCl_2$). Usata come sospensione si porta a pH di 6,1 mediante fosfato di sodio. In questa preparazione più del 99 % dell'insulina si trova nel precipitato e meno di 0,5 unità per cc. nel liquido soprastante. La soluzione di globina si usa con pH di 4.

Con esperimenti su animali fu accertata l'innocuità della globina. Allora fu iniettata la globina-insulina in 5 individui, in dose di 10 unità e si ottenne il minimo di glicemia 4-6 ore dopo, raggiungendo glicemia da 60 a 80 mg.

Nei 25 diabetici in cui fu adoperata per circa 2 anni non si ebbero mai reazioni cutanee e si dominarono casi di diabete che non si riusciva a dominare con protamino-zinco-insulina.

La globina-insulina fu usata in bambini e in adulti. La dose massima raggiunta è stata di 145 unità al giorno. In alcuni casi si somministrarono per due anni, senza inconvenienti, 60 unità al giorno. Facendo l'iniezione la mattina, prima della colazione, si è sicuri di non andare incontro a fenomeni ipoglicemici di notte.

L.

Il trattamento della sindrome da iperfunzione cortico-surrenale.

La sindrome da iperfunzione cortico-surrenale della donna adulta detta anche virilismo surrenalico o irsutismo adrenalinico è caratterizzata dall'esistenza di un tumore o di un

adenoma o di una iperplasia della corticale surrenale e nello stesso tempo dall'associazione di caratteri sessuali secondari maschili. Se la sindrome è legata alla presenza di un tumore l'evoluzione è lenta, può divenire stazionaria o migliorare temporaneamente.

Del Castillo E. B., Finocchietto R., Schlossberg T. (*La Presse Médicale*, 25 giugno 1939) hanno studiati 75 casi di tale sindrome, ma si limitano a ricordare 10 osservazioni cliniche particolarmente in rapporto al trattamento. Sei casi furono trattati chirurgicamente con la surrenalectomia; 5 sopportarono l'intervento e l'ultimo morì per una bronco-polmonite. Dopo l'operazione si notò una grave astenia e in molti casi la caduta dei peli; in genere il miglioramento non è stato considerevole.

Altri tre casi furono trattati con l'opoterapia a mezzo di Progynon B oleoso e il miglioramento è stato evidente sia obbiettivamente che subbiettivamente; l'ultimo caso fu trattato con sostanza gonadotropa e anch'esso con risultato lusinghiero. BENDANDI.

MEDICINA SCIENTIFICA

Ricerche sperimentali sulla iodofilia dei leucociti.

F. Hoff e L. Bachmann (*Klin. Wochenschr.* 22 luglio, 1939) rilevano che leucociti contenenti sostanze iodofile si trovano, oltre che nei focolai suppurativi, anche nel sangue circolante durante malattie infettive, suppurazioni, e dopo iniezione di diverse sostanze stimolanti: la sostanza che si colora con lo iodio è probabilmente glicogeno o almeno ad esso affine.

Ricerche sul coniglio dimostrano che i leucociti iodofili, assenti o quasi dal sangue in condizioni normali, vi compaiono in quantità più o meno grande dopo iniezioni di sostanze batteriche. Per lo più si tratta di granulociti, ma anche i linfociti e i monociti possono contenere sostanze iodofile. L'iniezione endovenosa di Pyrifer (batteri apatogeni uccisi del gruppo coli) provoca nel coniglio, dopo transitoria leucopenia, una leucocitosi fino a 12.000 e un aumento dei iodofili fino al 40 %. Non vi è parallelismo tra leucocitosi e iodofilia, quest'ultima si osserva già durante la fase iniziale leucopenica: i leucociti iodofili non provengono quindi dal midollo ma si formano nel sangue stesso. Vi è un rapporto evidente tra la dose di pyrifer iniettata e la entità della iodofilia. Anche nell'uomo la iniezione di pyrifer provoca la comparsa di leucociti iodofili nel sangue: anche nei trombociti si vedono sostanze colorabili con lo iodio. Una spiccata leucocitosi si ottiene in seguito a stimolazione nervoso-centrale, riempiendo di aria i ventricoli cerebrali: in tali condizioni non aumentano affatto i leucociti iodofili. La iodofilia dei leucociti è quindi indipendente dalla leucocitosi: essa è una reazione della cellula a quelle sostanze batteriche che per altro meccanismo determinano contemporaneamente un aumento dei leucociti. In seguito all'azione di sostanze batteriche i leucociti iodofili si possono formare sia nei focolai suppurativi, che nel midollo, che nel sangue circolante. L'azione del fattore batterico-infettivo non è indispensabile: in un caso di coma diabetico con 44.000 globuli bianchi, si trovò il 40 % di iodofili. P.

MEDICINA COLONIALE

Sulla glossite epidemica dei Senegalesi.

R. Carpino ne *La Rinascenza Medica* (31 agosto 1939) descrive ed illustra quattro casi, apparsi nell'Isola di Stampalia e da lui osservati nell'ospedale di Rodi, di una forma di glossite i cui caratteri possono raggrupparsi in tre stadî: 1) il dorso della lingua appare coperto di una patina biancastra, spessa; 2) il dorso si deterge della patina e si ha ipertrofia delle papille con ispessimento della mucosa linguale; 3) appaiono numerose e profonde solcature dirette in tutti i sensi con aumento marcato del solco mediano.

La malattia evolve in genere senza compromissione dello stato generale e degli altri organi. Gli ammalati accusano bruciore vivo all'apice della lingua. La malattia ha carattere stagionale: autunno-inverno.

L'A. esclude nell'etiologia: la carenza vitaminica, fattori locali come ad es. l'acqua, turbe del ricambio, affezioni a carico dell'apparato gastro-enterico. Negative le ricerche parassitarie; gli strisci hanno messo in rilievo una strana modificazione delle cellule epiteliali profonde.

L'A. conclude osservando che tale forma di glossite, per i suoi caratteri stagionali e clinici, si riaccosta alla glottite epidemica dei senegalesi. S. F.

VARIA

Microfachia e brachidattilia.

O. Marchesani ha presentato alla Società medica di Münster i. W. (*Klin. Wochens.*, 19 agosto 1939) un caso di lente sferica congenita ed ereditaria, che presentava altresì l'anomalia di costituzione della brachidattilia, che si è trovata anche in altri casi di altre famiglie, connessa con la lente sferica. Nella brachidattilia, le dita hanno una forma del tutto normale, soltanto sono assai brevi; la muscolatura è vigorosa, i cuscinetti adiposi molto accentuati. Vi deve essere un'interdipendenza genetico-ereditaria fra essa e la lente sferica, come esiste fra ectopia della lente ed aracnodattilia.

Tali osservazioni hanno importanza per la giusta interpetrazione dei rapporti fra disturbi dello sviluppo in generale e le modificazioni del cristallino, in dipendenza di una malattia sistemica condizionata geneticamente.

fil

LA PAGINA DELLO SPECIALISTA

APPUNTI DI TERAPIA DERMATOLOGICA

Idrosadenite.

Ricordi clinici. — Ascessi del cavo ascellare che si sviluppano dalle ghiandole sudoripare. Si presentano come dei rilievi della grandezza di una nocciuola dolenti dapprima duri e poi rammolliti. La cute si arrossa e si rompe lasciando uscire del pus. Sono prodotte da germi piogeni, e talvolta recidivano con grande facilità.

Terapia esterna. — Siccome la idrosadenite si sviluppa per solito nei cavi ascellari affetti da intertrigine o da iperidrosi o da eczematici è necessario per prima cosa di rivolgere l'attenzione alla pulizia della parte per impedire la diffusione delle idrosadeniti. Quindi rasatura dei peli ed accurata pulizia mediante frizioni di spirito saponato, alcool iodato ed eventualmente applicazioni di pomate disinfettanti al mercurio per rendere continua la disinfezione e più profonda:

Pr.	Ossido giallo di mercurio	gr. 5
	Resorcina	gr. 2
	Acido salicilico	gr. 3
	Vaselina	gr. 60
	Lanolina	gr. 40

La applicazione a permanenza di queste pomate ritengo assolutamente necessaria per impedire la propagazione di altri germi virulenti che usciti dagli ascessi, o per rottura spontanea o per incisione, possono produrre delle localizzazioni.

Formatasi una idrosadenite difficilmente essa regredisce; è pertanto necessario di farla rammollire al più presto possibile mediante applicazioni calde locali, ed appena matura e rammollita inciderla.

Terapia interna. — Non vi è cura interna di sicura efficacia. Tentare i vaccini, tentare i preparati a base di stagno, ed anche i sulfamidici.

Erisipeloide.

Ricordi clinici. — Rossore della cute nettamente delimitato con tendenza al colore bluastro al centro. Lo si osserva per solito sulla cute delle mani intorno ad una piccola ferita. Non vi è febbre. L'erisipeloide è prodotta dal mal rossino dei maiali.

Terapia. — È dermatosi che ha tendenza ad esaurirsi da se stessa. Fare impacchi con soluzioni astringenti (acqua vegeto minerale) oppure con semplice soluzione borica od anche se si vuole con alcool. Si possono anche applicare delle pomate all'acido borico od all'ittiolo.

Milio.

Ricordi clinici. — Sono delle piccole cisti epidermiche le quali compaiono per solito sulla cute della faccia. Si presentano sotto forma di piccoli punticini biancastri, talvolta piani, talvolta emisferici, della grandezza di una testa di spillo.

Terapia. — L'unica cura efficace è la enucleazione delle piccole cisti mediante un piccolissimo cucchiaio tagliente, od anche con la punta di un coltellino. Si possono anche distruggere con il galvano cauterio o meglio con la elettrocoagulazione. Ricordarsi sempre che si tratta di dermatosi estetiche; l'intervento sia cauto per non produrre con la cura qualcosa di peggio delle cisti stesse, le quali quando sono poche non deturpano affatto.

Varicella.

Ricordi clinici. — Spesso si presentano al dermatologo bambini affetti da varicella, perchè scarse le manifestazioni generali ed appariscenti le cutanee. Le quali consistono in eruzioni di piccoli elementi, sparsi su tutta la cute del tronco, costituiti da un alone rosso talvolta un po' rilevato con una vescicolina al centro. Queste vescicoline possono diventare purulente ed in rari casi dar luogo a necrosi.

Terapia esterna. — Tenere pulita e disinfettata la pelle mediante frizioni alcooliche:

Pr.	Alcool etilico	gr. 100
	Glicerina	» 10
	Acido salicilico	» 1

e quindi cospargere abbondantemente delle polveri

Pr.	Talco veneto.	
	Ossido di zinco	ana gr. 60

Terapia interna. — Riposo a letto; sorvegliare le condizioni generali (temperatura, orine, ecc.).

Ulcera acuta della vulva.

Ricordi clinici. — Sulla vulva, specialmente delle giovani donne vergini, si sviluppano, accompagnate da febbre con brividi e dolori urenti, delle vaste ulcerazioni di color grigio-giallastro, ricoperte da una membrana tipo difterico. La febbre, in genere, dura poco e le ulcerazioni guariscono in poche settimane. Questa ulcera è causata dal bacillus crassus.

Terapia esterna. — Detergere la vulva, disinfettare e calmare con impacchi. A tal fine fare abbondanti lavaggi con soluzione di permanganato di potassio al 0,25 per mille o meglio, quando sia possibile, fare semicupi caldi con la stessa soluzione, quindi impacchi con soluzione all'uno per mille di acido salicilico in acqua, od anche di linimento oleo-calcareo.

Quando la infiammazione tende a calmarsi fare sempre le disinfezioni ed applicare, invece degli impacchi, una pomata al Balsamo del Perù:

Pr.	Balsamo del Perù	gr. 10
	Ossido di zinco	» 20
	Vaselina.	
	Lanolina	ana gr. 50

Terapia interna. — Tentare somministrazione per bocca di preparati sulfamidici con piridina.

Prof. Pier Angelo MEINERI
Direttore Ospedale S. Gallicano.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE

La collaborazione degli Istituti privati di cura nell'assistenza sanitaria.

Molto opportunamente il prof. G. Arnone (*Le Case di cura*, luglio 1939) richiama l'attenzione sul contributo che gli Istituti privati di cura possono portare all'assistenza sanitaria generale. La Federazione di tali Istituti ne conta 1110 associati, con una media di 50.000 ricoverati. Il personale medico ascende a 3950, fra cui molti apprezzati Clinici e Primari ospedalieri. Il personale subalterno supera le 20.000 persone; il capitale impiegato supera il miliardo. I progressi dell'assistenza medica e chirurgica, da un lato, e la necessità di mantenersi ad un livello elevato per comprensibili ragioni di gara hanno spinto questi Istituti a notevoli spese per le loro installazioni ed il loro arredamento. In alcuni campi, bisogna riconoscerlo, essi sono stati dei veri pionieri, come per l'assistenza antitubercolare, per la quale i sanatori privati hanno preceduto di decenni quelli statali e sono sempre fiorenti.

Sarebbe bene che l'attività di questi Istituti venisse utilizzata anche per l'assistenza pubblica, nel senso di integrare quella ospedaliera e quella mutualistica. Un bene per il pubblico, che avrebbe maggiori disponibilità di servizi diagnostici e curativi, un bene per gli Istituti stessi, che mediante contratti *forfaitari* potrebbero assicurarsi un cespite sicuro.

Nessuna concorrenza potrebbero esercitare gli Istituti privati di fronte all'ospedale, compiendo anzi un'azione fiancheggiatrice ed integratrice. Di grande utilità possono inoltre riuscire gli Istituti privati di cura per Casse Mutue, sia per gli scopi diagnostici (p. es.: esami complessi che esigono il ricovero del malato) che per quelli curativi.

Non è male tener presente che, specialmente agli Stati Uniti ed in Inghilterra, l'ospedale privato, sia esso sostenuto e mantenuto dalla beneficenza spontanea o gestito come un'azienda, ha assunto grande importanza nell'assistenza sanitaria e si mantiene ad un livello molto elevato, quale si può anche desumere scorrendo le grandi riviste ospedaliere, quali Hospitals, Modern Hospital, Hospital Progress, ecc. Anche in quei paesi, si auspica una collaborazione fattiva con gli altri Enti.

Evidentemente, la questione va trattata sotto vari aspetti, fra cui è di grande importanza quello economico e va definita in modo preciso con un'adatta legislazione che precisi le attribuzioni, i doveri (non esclusi quelli nel campo sindacale), ecc. Si potrà così assicurare una più larga assistenza sanitaria alla popolazione e si porterà un contributo per risolvere l'annosa e spinosa questione dell'assistenza sanitaria specialmente ospedaliera alle classi medie che, sotto tale punto di vista, sono le meno favorite.

Non è qui certamente il luogo di entrare in particolari, che vanno discussi largamente e ponderatamente; ma era opportuno far conoscere questa tendenza di cui si è fatto eco il citato Autore, che può riuscire vantaggiosa nel predisporre una forma di assistenza totalitaria della popolazione nostra.

A. FILIPPINI.

CONCORSI.

Posti vacanti.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Ass. Sez. med.-micrograf. Lab. prov. Igiene e profilassi. Titoli ed esami. Età lim. 32 a. s.e.l.; senza limiti per gli ass. universitari di ruolo e per gli addetti a Uff. di Igiene. Elenco titoli in 7 esemplari; titoli scient. in 5 copie. Stip. an. 11.000, 4 quadrienni di 1000, s. a. 1500, partecipaz. proventi. Scad. ore 12 del 30 genn. 1940.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Ass. Sez. medico-micr. Lab. Prov. Ig. e Profilassi. Stip. a. 9500, con 3 aumenti 4-ennali di 600, 700, 800. Scad. 29 febbr. 1940.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Aiuto specialista in radiologia e terapia fisica; proroga al 29 dic.; possono essere ammessi anche i sanitari non in possesso del diploma di specializzazione o titoli equipollenti.

LA SPEZIA. *Ospedale civile Vittorio Emanuele II.* — Fino alle ore dodici del 31 gennaio 1940-XVIII, è aperto concorso per primario specialista di oftalmoiatria. Chiedere copia avviso alla segreteria dell'Ospedale. *Il Presidente*: AVV. G. VIGLIONE.

MESTRE (*Venezia*). *Ospedale Civile Umberto I.* — Due posti di assistente medico chirurgo; stip. L. 5400; indenn. annua L. 1500; guardie L. 20; compartecipaz. Tassa L. 50,20. Assunz. servizio entro 30 gg. Scad. ore 18 del 31 dic.

PESARO. URBINO. *R. Prefettura.* — Direttore del dispensario antivenereo municipale; scad. ore 12, 1 genn. 1940. Rivolgersi all'Ufficio sanit. prov. della R. Prefettura.

PORTOFERRAIO (*Livorno*). *Civico Ospedale Vitt. Em. III.* — Chirurgo primario direttore; concorso per titoli scadente il 23 genn. 1940; stip. lire 18.000 e 10 bienni ventesimo; c. v. Età limite 45 a. Assunz. serv. entro 30 gg. Rivolgersi alla Segreteria comunale.

SONDRIO. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Concorso, per titoli ed esami, a Medico Aiuto del Consorzio Prov. Antitubercolare di Sondrio. Età massima anni 40, salvo eccezioni di legge. Stipendio annuo L. 8336, con 6 aumenti quadriennali di L. 833. Per servizio attivo L. 2084. Scadenza ore dodici del 28 febbraio 1940-XVIII. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria del Consorzio Prov. Antitubercolare di Sondrio.

Il Presidente: B. CREDARO.

NOTIZIE DIVERSE

Società, congressi e convegni.

L'assemblea dell'Associazione internazionale di cosmobiologia, che era stata convocata per il 9 e il 10 settembre a Roma, non si è potuta tenere a causa della situazione politica; ma il Consiglio direttivo dell'Associazione invita i singoli Comitati nazionali a riunirsi ed a trasmettere all'ufficio di segreteria i risultati delle loro deliberazioni e gli atti dei lavori. Si pregano i soci di comunicare all'ufficio i cambiamenti d'indirizzo. Segretario generale è il dott. Faure, rue Verdi 24, Nizza. La « Revue de Cosmobiologie », organo dell'associazione, continuerà ad essere pubblicata.

La « Società medica del Litorale Mediterraneo », deferendo alle raccomandazioni del Governo francese, continua la propria attività. Pertanto i membri sono pregati di tenersi in rapporto con la segreteria (rue Verdi 24, Nizza). La Società ha dovuto rimandare l'Assemblea generale indetta per novembre. Anche i Congressi ai quali la Società aveva assicurato la propria partecipazione, sono stati rimandati: in particolare il 3° Congresso del fanciullo al mare e in montagna, che doveva tenersi nelle stazioni climatiche e termali delle Alpi, e il 2° Congresso di microbiologia, che doveva essere organizzato a Roma. Viene anche rimandato il consueto viaggio medico natalizio sulla Costa Azzurra; ma si spera di poter effettuare un viaggio per la Pasqua del 1940. Gli autori di relazioni, conferenze ecc., all'ordine del giorno dei congressi, sono pregati di continuare i loro lavori — se possono — e di renderne edotta la segreteria, che farà quanto le sarà possibile per assicurare la vita della Società.

A Buenos Aires si è svolto, dal 15 al 18 novembre, il 2° Congresso di kinesiologia, organizzato dall'Associazione medica di kinesiologia. Alla seduta inaugurale venne reso omaggio alla memoria di Peter Henry Ling, considerato come il fondatore della moderna kinesiterapia. I lavori furono divisi in tre sezioni: educazione fisica, kinesiterapia, medicina dello sport.

Dal 21 al 24 novembre si è svolto a Memphis (S.U.d'A.) il 35° Congresso annuale della Società americana di medicina tropicale; al tempo stesso hanno avuto luogo le riunioni dell'Accademia americana di medicina tropicale e del Comitato nazionale della malaria.

Un campo di profughi in Inghilterra.

A Richborought è stato organizzato un campo di concentrazione di ebrei profughi, dalla « Jewish Lads 'Brigade ». Esso comprende più di 2000 persone, tra cui un'ottantina di medici, dei quali tre soltanto hanno diplomi britannici che li autorizzano ad esercitare regolarmente. Molti rifugiati guadagnavano, in patria, somme enormi; ora ricevono solo 6 pence e 12 sigarette alla settimana. Il vitto viene distribuito in tre turni, in refettorio. Eppure conducono vita lieta e sana; tutto è pulito. Nel reparto dei malati si è riusciti ad avere gli strumentari più recenti, compreso l'elettrocardiografo, e l'assistenza è delle più complete. (Dal « Lancet », 25 novembre 1939)

Notizie sanitarie di guerra.

I periodici medici tedeschi pubblicano largamente contributi scientifici e tecnici sulla medicina di guerra; invece sono riservati nelle notizie di guerra.

In Francia i direttori di periodici di medicina dovranno sottoporre i testi da pubblicare al Servizio di controllo del « Commissariato generale dell'informazione ».

Il prof. L. Dautrebande, dell'Università di Liegi, ha pubblicato, nella « Presse Médicale », una serie di articoli sui gas di combattimento, richiesti dalla redazione; il primo di tali articoli è stato parzialmente censurato.

In Francia un decreto disciplina il commercio dell'oro; pertanto i dentisti devono avanzare domanda per l'acquisto dell'oro e subordinarla all'autorizzazione della Banca di Francia.

La Confederazione dei sindacati medici francesi continua a funzionare a Parigi, dove ha sede un ufficio permanente (boulevard de la Tour-Maubourg 60), che comprende la segreteria, la redazione dell'organo della Confederazione « Medecin de France » (ora in formato ridotto), l'ufficio di collocamento e l'amministrazione.

Dagli ospedali di Nancy sono stati evacuati 1500 malati negli ospedali di Bordeaux.

Molti medici rifugiati in Inghilterra sono stati invitati a sostituire i loro colleghi, chiamati sotto le armi.

Il maragià di Gondell, che è dottore in medicina, ha mandato al vicerè delle Indie 7500 sterline (750.000 lire it circa) per le famiglie delle vittime del « Royal Oak ».

« Bruxelles-Médical » mantiene il suo tipo normale, malgrado le difficoltà che oggi s'incontrano nella pubblicazione dei periodici scientifici. Esso è ricco di notizie di guerra (alle quali attingiamo con frequenza).

Un po' dovunque.

Su invito della nostra Sovrana Lord Dawson of Penn ha designato il dott. G. A. Borthwech, ispettore medico degli ospedali di Londra a venire in Italia, per studiare la cura dell'encefalite letargica.

Il medico condotto di Tivoli dott. A. de Angelis, ha compiuto il cinquantesimo anno di professione.

Al Congresso Internazionale tenutosi a Chicago, dalla « Interstate postgraduate Medical Association », il prof. Momigliano, dell'Istituto Terapeutico di Roma, è stato inviato quale relatore.

Nell'Ospedale Teodoro Alvarez di Buenos Aires il 19 ottobre fu ufficialmente inaugurato un consultorio pei reumatismi, il quale funzionava già da tempo.

La duchessa Lidia di Pistoia ha visitato l'Ospedale militare di Torino.

Il 12 dicembre, all'Istituto « Regina Elena » per lo studio e la terapia dei tumori, in Roma, è stato commemorato il prof. A. Busi, dal suo allievo prof. U. Nuvoli; hanno anche parlato S. E. Messea ed i senatori Perez e R. Bastianelli.

ARISTIDE BUSI

Con la morte del sen. prof. Aristide Busi, avvenuta repentinamente nella sua villa in Grottaferrata (Roma), il mattino del 30 ottobre scorso, l'Università italiana ha perduto un grande Maestro, la Radiologia mondiale uno dei più entusiasti e fattivi pionieri. Ma per noi, radiologi d'Italia, e massime per quelli che ebbero la ventura di essergli accanto nel tormentoso cammino e di infervorarsi al calore della sua inesauribile vena di osservatore, di divinatore di fatti nuovi, di studioso instancabile dell'ammalato e, soprattutto, di apostolo di un'idea e di un metodo, che sono destinati a rimanere, di richiamo ai sordi, di biasimo spietato verso gli eretici della nuova disciplina: per noi, che abbiamo vissuto della sua intimità, che abbiamo ripetutamente seduto al suo desco nella sua casa popolata di bimbi (i suoi dapprima, i figli dei figli di poi) ed abbiamo sentito la sua parola calda e suasiva, evocatrice d'imagini e di concetti, passare indifferentemente dalla discussione o dal ricordo del caso clinico o del problema scientifico all'evocazione di una lirica oraziana; per noi questa perdita significa una parte della nostra vita migliore che se n'è andata per sempre, è un ciclo della Radiologia italiana che si è irrimediabilmente chiuso. Ma non si è chiuso il suo ammaestramento, poichè anche al di là della tomba Egli continua ad ammonire, e l'Istituto dell'Università di Roma rimane come testimone indistruttibile della grandiosità veramente romana del suo ammaestramento.

Com'Egli soleva proclamare non essere una « specialità » la Radiologia, bensì una « disciplina », così Egli era l'opposto di uno « specialista », e cioè una mente « universale »; universalità, che gli proveniva dal carattere spiccatamente umanistico del suo ingegno e della sua cultura, dalla solidità degli studi, dal valore dei suoi Maestri; e ciò, per quanto Egli, nella disciplina radiologica, come accade di tutti i pionieri, sia stato fondamentalmente un autodidatta.

Nato in Bologna il 21 luglio 1874, vi compì gli studi secondari e quelli superiori, laureandosi in Medicina e Chirurgia nel 1900. Fu quindi per tre anni assistente pediatra nell'Ospizio Esposti della sua città e quindi, per il trienno successivo, aiuto nella prima Sezione Medica dell'Ospedale Maggiore, con Giuseppe Dagnini.

Nel 1906 si recò a Trieste, nell'Ospitale Civile, da Massimiliano Gortan (spentosi un anno addietro, martire della nostra disciplina), per apprendervi i fondamenti della Radiologia medica e, l'anno successivo, a Vienna, negli Istituti Radiologici diretti da Guido Holzknecht e da Roberto Kienböck.

Nell'aprile del 1907 già dirigeva il Gabinetto Radiologico dell'Ospedale Maggiore di Bologna, nel quale veniva confermato nel 1909, col titolo di Primario; e di là iniziò la grande battaglia per l'affermazione della nuova disciplina.

Augusto Murri lo volle nel 1911 Direttore del Gabinetto di Röntgenologia della sua clinica; posto che, insieme con quello dell'Ospedale Maggiore, Egli tenne fino al 1915, nel quale anno, dové optare tra i due uffici e scelse allora il vecchio primariato.

La sua carriera didattica s'iniziò nell'anno accademico 1911-1912, quand'egli, non ancora docente, ebbe dalla Facoltà Medica di Bologna l'incarico di tenere corsi di letture sulle applicazioni dei raggi X nella diagnosi e cura delle malattie.

Nel 1913, ad iniziativa di Aristide Busi e Vittorio Maragliano, nasce la Società Italiana di Radiologia Medica e se ne tiene l'anno stesso in Milano il primo Congresso, in cui Busi dà un primo saggio della sua maturità, con la relazione sull'indagine radiologica del cranio e viene nominato primo Presidente della Società stessa.

Nel 1915 conseguiva per titoli la libera docenza in Elettroterapia e Radiologia ed, entrata anche l'Italia nella grande guerra, fu Maggiore Medico, direttore del Gabinetto Radiologico dell'Ospedale Militare Gozzadini in Bologna. Fu successivamente Consulente e poi Vice-presidente della Commissione per l'allestimento delle Ambulanze Chirurgiche d'armata, nonchè Direttore dei servizi radiologici del Corpo d'Armata di Bologna, e tenne in quel periodo una serie memorabile di *Corsi di Radiologia di Guerra*, per studenti e medici militari, nei quali si formò un nucleo di allievi, che oggi tengono posti di primo piano.

Cessata la guerra, Egli, dopo aver raggiunto il grado di Tenente Colonnello Medico per merito eccezionale, iniziò la carriera accademica come professore incaricato di Elettroterapia e Radiologia Medica, nella R. Università di Bologna, con l'anno scolastico 1919-1920; l'incarico gli fu rinnovato poi di anno in anno, fino al 1923-24, in cui il titolo dell'insegnamento si modificò in quello di Radiologia Medica.

Frattanto, nel 1919, il Busi aveva fondato il Gruppo dei Radiologi Emiliani e Limitrofi, dando inizio a quella mirabile forma di attività e di propaganda scientifica, che sono i raduni regionali: una manifestazione che reca e recherà per l'avvenire l'impronta della instancabile attività creatrice di Lui.

È questo il periodo della sua preparazione alla Cattedra, in cui compila quel suo Trattato di Tecnica e Diagnostica Radiologica delle affezioni chirurgiche, che è da reputare tra i primissimi e cioè tra i più completi e, soprattutto, più originali testi di radiologia diagnostica pubblicati nel mondo intero.

Nel 1924, venuto inattesamente a morte il Ghilarducci, primo Titolare della Cattedra di Elettroterapia e Radiologia nell'ateneo romano, quella Facoltà apriva un nuovo concorso, le cui vicende portarono il Busi al posto vacante dapprima

quale professore non stabile e poi, nel 1928, promosso al rango di professore stabile. Nel 1929 diveniva Preside della Facoltà Medica dell'Urbe, tenendo poi l'alto posto fino al 1935.

In Roma ebbe campo di dimostrare le sue capacità di organizzatore: nel 1930, quando ebbe l'incarico di allestire e dare ordinamento all'Istituto Radiologico nell'Ospedale del Littorio, coi titolo di Consulente per la Radiologia degli Ospedali riuniti di Roma; infine nel 1935, quando diete vita al superbo Istituto Radiologico dell'Università e del Policlinico di Roma, che forma un vanto dell'intera Radiologia italiana.

All'apice della sua carriera scientifica, membro ormai di numerose società ed accademie scientifiche italiane e straniere, aveva ricevuto nel giugno scorso il sommo riconoscimento dal Duce, che l'aveva proposto per il laticlavio; e questo fu l'ultima grande gioia della sua travagliata esistenza, tutta dato allo studio, all'insegnamento, alla famiglia.

La sua produzione scientifica è ricca e varia e mal si presta per una rapida rassegna. Debbono essere particolarmente segnalati i suoi lavori di anatomia radiologica, quelli sull'apparato urinario, sulla tubercolosi polmonare e particolarmente quelli sull'apparato digerente; nel quale ultimo campo può ben dirsi aver Egli fondato un *metodo italiano* per l'indagine radiologica dell'apparato medesimo, i cui risultati sono consegnati, oltre che in pregevoli memorie, soprattutto nel già citato Trattato, che non manca più oggi in nessuna biblioteca, sia del radiologo che del medico di ogni altra branca, nel nostro paese.

Ma né l'opera stampata, nè il suo curriculum, troppo rapidamente accennato prima, valgono a qualificare interamente questa gigantesca figura di Uomo e di Maestro. Per chi lo conobbe, ogni evocazione sarebbe pallida e, d'altro canto, superflua. Per chi non Lo conobbe personalmente, valga la constatazione, che in ogni angolo d'Italia ed anche al di là dei confini, vi sono giovani e non più giovani che si dicono e sono Suoi Allievi e che anche coloro, che appartennero ad altre Scuole fondarono altre Scuole, piangono oggi con noi, che fummo tra quelli più direttamente beneficiati del Suo alto insegnamento. E tutti scoprono reverenti il capo, presi da un senso di angosciosa incertezza, dinanzi alla Grande Ombra che passa nell'eternità

G. G. PALMIERI
Presidente della Soc. Ital. di Radiologia Medica.

Indice alfabetico per materie.

Actinomicosi della parete addom. . . *Pag.* 2180
Astringenti. Effetto anti-infiammatorio . . . . . . » 2188
Bibliografici (Cenni) . . . . . . » 2194
BUSI ARISTIDE. Necrologio . . . . . » 2219
Congressi naz. di med. e chir. . . . . » 2200
Cortico-surrenale. Iperfunzione . . . » 2210
Dermatologia (Terapia) . . . . . . » 2214
Digitalis lanata. Azione sul miocardio » 2188
Glossite epidemica dei senegalesi . . . » 2213
Insulina con globina . . . . . . » 2210
Leucociti. Jodofilia . . . . . . » 2213
Malaria cronica e infantilismo . . . » 2209
Microfachia e brachidattilia . . . . . *Pag.* 2213
Ospedalieri (Istituti privati) e assistenza san. . . . . . . » 2217
Psicosi (Le) nelle malattie interne . . » 2184
Sangue placentare. Raccolta . . . . . » 2189
Spermatozoi. Capacità fecondante . . » 2190
Sport invernali e malattie polmonari » 2209
Subdurale (Spazio). Patologia . . . . » 2187
Trasfusione di sangue conservato . . » 2189
Traumi cranio-cerebrali . . . . . » 2187
Tubercolosi delle tonsille . . . . . » 2210
Tubercolosi renale. Cura . . . . . » 2173

Il N. 52 contenente il Frontespizio e l'indice Generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il N. 1 dell'Annata XLVII uscirà l'8 Gennaio 1940.

C. FRUGONI, Red. capo. A. POZZI, resp.

Roma, Stab. Tip. Armani di M. Courrier